Rok L. Kraków, dnia 8. lipca 1911. Nr. 27

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni kliniczno-bakteryologicznej przy Tow. higienicznem w Częstochowie.

Praktyczna wartość odczynu Wassermanna.

(Odczyt, wygłoszony na I Zjeździe lekarzy prowincyonalnych w Łodzi).

Podał

Dr Wacław Kon.

Choć teoretycznie podstawy odczynu Wassermana dotychczas niezupełnie jeszcze zostały wyświetlone, nie ulega jednak już wątpliwości, że mamy tu do czynienia z odczynem, wysoce charakterystycznym dla kiły i że dyagnostyka różniczkowa znalazła w nim znakomity środek pomocniczy. Ponieważ biologicznie odczyn nie jest swoisty dla kiły, chodzi bowiem tutaj prędzej o odczyn z ciałem, znajdującem się normalnie w ustroju (lipoidy), z teoretycznego więc punktu widzenia możnaby przypuścić, że cały szereg innych chorób wykazać może ów objaw. Obawa ta jednak na szczęście okazała się płonną i obecnie wszyscy autorzy, którzy przez dłuższy czas zajmowali się serodyagnozą przy kile, jednogłośnie oceniają wysoką jej wartość praktyczną.

Z pośród 14529 surowic, badanych i przytoczonych w literaturze, okazało się, że wszystkiego 33 surowice oddziaływały dodatnio z pośród 5028, które ani pod względem wywiadów, ani klinicznie nie wzbudzały podejrzenia co do kiły.

O ile uwzględnimy, jak często w praktyce zdarza się, że zarażenie się przymiotem zostaje niepostrzeżone i jak często ludzie chorują, nie wiedząc wcale o tem i nie mając żadnych objawów, moglibyśmy wtedy i ową minimalną ilość surowic śmiało przyjąć za kiłowe.

Chciałbym tutaj wskazać tylko na spostrzeżenia Lessera; znalazł on przy autopsyach 30 kilaków wątroby, 3 serca, 2 nadnerczy, które za życia nie dawały żadnych objawów chorobowych i nie były wcale rozpoznane. Jeżeli jednak uwzględnimy owe nieliczne podane w literaturze przypadki, gdzie odczyn wypadł dodatnio, jednak o zarażeniu przymiotem mowy być nie mogło, to jak możemy objaśnić owe wyniki? Widzimy tu, że chodzi głównie o 4 grupy surowic, w których stwierdzono dodatni odczyn: gruźlica, zapalenie płuc, nowotwory i choroby zakaźne w okresie przedśmiertnym. Aby objaśnić ten fakt, przytoczę tablicę Brucka, wziętą z materyału sekcyjnego.

I. Tablica Brucka.

Rozpoznanie sekcyjne.

Tuberculosis	24	21
Carcinoma	4	8
Pneumonia	6	3
Nephritis	2	1
Paralysis	1	—
Arteriosclerosis	2	3
Sepsis	1	1
Myelitis	1	—
Diphtheria	2	1
Gangraena pulmonum	1	—
Cirrhosis hepatis	1	2
Pericarditis	1	—
Vitium cordis	1	2
Tumor abdominis	1	—
Meningitis	1	—
Decubitus	1	—
Lues hereditaria	1	—

Widzimy tu, że znaczna ilość surowic nie kiłowych daje dodatni odczyn, i tu również główny udział biorą gruźlica, zapalenie płuc i nowotwory. Doświadczenia innych autorów, robione w tym kierunku, dają mniej więcej ten sam wynik, z czego wnosić można, że istnieje pomiędzy surowicą ludzi żywych i surowicą ze zwłok różnica, polegająca na tem, że po śmierci surowice dość często i nietylko przy kile dają odczyn dodatni. Wytłómaczonem dla nas jest to z tego względu, że objaw Wassermana jest przecież czysto biologicznym, a nie pośmiertnym.

Być może, że i w tej minimalnej ilości surowic (1/1000), która u ludzi chorych charłaczych, nie mających jednak objawów kiły, daje objaw wiązania komplementu, zachodzą za życia zmiany, podobne do pośmiertnych. Bądź co bądź odczyn nie traci w żadnym razie swej wartości rozpoznawczej wskutek tego, że czasami jedna surowica na 1000 oddziaływa dodatnio tam, gdzie kiły niema. Przecież i odczyn Gruber-Widala, którego wartości rozpoznawczej nikt nie zaprzecza, występuje bardzo rzadko tam, gdzie duru brzusznego niema.

Aby wykazać w zupełności kliniczną swoistość odczynu Wassermana, muszę jeszcze wspomnieć i o tych chorobach nie kiłowych, przy których zjawisko wiązania dopełniacza występuje nieco częściej. Do nich należą choroby, wywołane znanym, lecz nie dającym się hodować zarazkiem, jak trąd, zimnica, choroby, wywołane świdrowcami, krętkami, a także choroby o nieznanej przyczynie, jak ospa, wścieklizna, płonica. Lecz odczyn przy tych chorobach nigdy nie przechodzi tak typowo, jak przy kile; mamy tam albo niezupełne zahamowanie hemolizy, albo też odczyn bywa dodatnim tylko aż do pewnego okresu choroby (przy płonicy odczyn znika już po kilku dniach, najwyżej tygodniach choroby) (Haendel i Schultz). Co się zresztą tyczy płonicy, to zdania są w tym kierunku różne. Much i Eichelberg wśród 25 chorych na płonicę dzieci stwierdzili w 10 przypadkach wynik dodatni t. j. 40%. Z drugiej strony Jochman i Töpfer, Boas i Hange, Meier, Hoehne i Schleisner badali krew u 203 chorych na płonicę i w żadnym przypadku odczyn nie przebiegał tak, jak przy kile. Co się tyczy innych chorób, jak framboezya podzwrotnikowa, trąd i in., to z rozpoznawczego punktu widzenia nie mogą one wchodzić w rachubę głównie z tego względu, że w kraju nie spotykamy się z temi chorobami. A więc sprawa dotychczas tak się przedstawia, że klinicznie powinniśmy od-

czyn Wassermana uważać za swoisty i każdą surowicę, dającą objaw wiązania komplementu u żyjących w naszej strefie, uważać za kiłową. Pogląd ten obecnie podziela większa część autorów, którzy się tą sprawą zajmowali, dodać jednak muszę, że wielki nacisk trzeba położyć na to, aby badający dobrze był obeznany z metodami serologicznemi wogóle i umiejętnie władał techniką danego odczynu, która nie jest zupełnie łatwą i w nieumiejętnej ręce często daje źródła błędów.

Przechodzę teraz do właściwego tematu, mianowicie do pytania, jaką praktyczną wartość przedstawia odczyn wiązania komplementu, kiedy go trzeba stosować, jakie wnioski trzeba wysnuwać z wyników jego dla rozpoznania, rokowania i leczenia? Widzieliśmy, że dodatni odczyn bezwarunkowo dowodzi (w naszej strefie) istnienia zakażenia kiłowego. O ile zaś odczyn wypada ujemnie, to zachodzi pytanie, czy możemy z całą pewnością wyłączyć kiłę? Z góry już możemy się zastrzedz, że tak nie jest. Wszak wiemy, że istnieje szereg zakażeń durowych, przy których odczyn Gruber-Widala wypada ujemnie. Jest to dla nas zrozumiałe, jeżeli rozejrzymy się w następującej tablicy, gdzie odczyn Wassermana wypada ujemnie również i przy pewnym przymiocie.

Tablica Blumenthala.

	Ilość badanych surowic	+	—	+%
Lues I	157	98	59	62
Lues man. II	623	597	26	96
Lues man. III	230	218	12	95
Lues congenita	62	55	8	89
Lues lat. II	352	239	113	68
Lues lat. III	257	108	149	42
Tabes	14	12	2	86
Ogólna ilość	1689	1327	362	79
Surowice kontrolne	377	5	372	1

W takich przypadkach klinicysta stanowczo powinien iść krok w krok z danemi klinicznemi, nie ograniczać się do tej jednej metody badania, badać równocześnie i w kierunku krętków (da się to głównie stosować do pierwszego okresu zakażenia, kiedy jad nie zdążył się jeszcze uogólnić), i w każdym przypadku, gdzie klinicznie istnieje bezwarunkowa pewność zakażenia kiłowego, nie zważać na wynik ujemny odczynu, który ewentualnie po pewnym czasie stać się może dodatnim. Jak już wspominałem, odczyn dodatni dowodzi istnienia zakażenia kiłowego, nie dowodzi on jednak w zupełności, że dana choroba musi być kiłową.

Jeżeli naprzykład natrafimy na trudność w rozróżnieniu rozpadającego się kilaka od nowotworu złośliwego, to dodatni odczyn dowodzi tylko, że kiedyś w danym przypadku istniało zakażenie kiłowe, zawsze jednak musimy mieć na względzie także możliwość istnienia nowotworu, który mógł się rozwinąć u chorego na kiłę, i wtedy tylko w ręku doświadczonego klinicysty odczyn dodatni mieć może doniosłą wartość. Wyrobiwszy sobie taki pogląd na warunki samego odczynu, możemy teraz krytyczniej przystąpić do rozpatrzenia wartości, jaką on przedstawia w praktyce. W pierwszym okresie kiły, kiedy mamy do czynienia tylko z wrzodem twardym, odczyn daje wyniki bardzo różnorodne, co poglądowo wykazuje tablica nastepująca:

Okres pierwszy.

	Ilość badanych przypadków	+	+%
Bruck Stern	27	13	48·2
Boas	50	30	60
Lesser	56	39	60
Merz	64	48	71·64
Grosser	20	19	95

Wytłómaczyć się to daje w ten sposób, że przecież w tym okresie nie wiemy, od ilu tygodni datuje się zakażenie. Określenie czasu, kiedy po raz pierwszy po zakażeniu odczyn występuje, natrafia na wielkie trudności, gdyż opowiadania chorych często nie są miarodajne i rzadko się zdarza, aby aż do ukazania się wrzodu twardego chorzy byli wstrzemięźliwi. Wobec stosunkowo nieznacznej odsetki wyników dodatnich (średnio 45%), nie można uważać ujemnego wyniku odczynu za objaw niekiłowego zakażenia. Dlatego też bardzo ważne znaczenie ma jednoczesne badanie co do krętków Schaudina, które w tym okresie choroby prawie nigdy nie zawodzi, i dlatego też klinicznie oba te sposoby powinny dopełniać się wzajemnie. Podczas pierwszego okresu odczyn Wassermanna może odgrywać ważną rolę różniczkowo-rozpoznawczą przy następujących chorobach: przy owrzodzeniach wenerycznych, szczególniej tych, które przez leczenie stwardniały, przy okołocewkowych naciekach tryprowych, otarciach, pryszczach, nowotworach i t. d. Nieraz opisywano przypadki, gdzie dopiero odczyn Wassermanna naprowadzał na właściwe rozpoznanie, zwłaszcza da się to powiedzieć przy tych stwardnieniach, które długo czekać dają na wystąpienie objawów wtórnych i wtedy dodatni wynik odczynu odgrywa bezwątpienia bardzo ważną rolę.

W przypadkach, gdzie znajduje się tylko krętki, odczyn zaś wypada ujemnie, niektórzy autorzy proponują natychmiastowe wycięcie wrzodu, motywując ujemny wynik odczynu tem, że jad nie zdążył się jeszcze uogólnić w ustroju. Usunąwszy wtedy zawczasu pierwsze źródło zakażenia, można tem samem zapobiedz jego rozszerzeniu się. Blumenthal i Roscher opisali trzy przypadki, u których po wycięciu wrzodu objawy wtórne się nie pokazały, jednakowoż inni autorzy (Hoffman) mieli ujemne wyniki pomimo wycięcia wrzodu i energicznego wczesnego leczenia. Nie ulega jednak wątpliwości, że przy ujemnym wyniku odczynu wycięcie wrzodu i energiczne wczesne leczenie bezwarunkowo dodatnio wpływa na sam przebieg choroby; chorzy przez długi czas nie wykazują żadnych wtórnych objawów (Bruck).

Podczas drugiego okresu kiły jest wartość rozpoznawcza odczynu stosunkowo ograniczona, najczęściej bowiem rozpoznanie już klinicznie nie przedstawia trudności. Przy tym okresie, jak widzimy z tablicy, odczyn występuje w przybliżeniu w 90—100%.

Okres drugi.

	Ilość badanych przypadków	+	+%
Bruck Stern	115	90	87·1
Schonnefeld	112	112	100
Boas (przypadki nieleczone)	269	269	100
Boas (przypadki leczone)	199	187	94
Lesser	204	185	91
Merz	377	366	97·08
Grosser	36	33	92

Boas twierdzi, że ujemny wynik odczynu podczas tego okresu w przypadkach zupełnie nieleczonych wyłączyć może całkowicie istnienie kiły. Leczenie samo przez się bardzo wpływa na wynik odczynu i w takich przypadkach badanie musi być częściej powtarzane.

Wartość praktyczna odczynu w tym okresie choroby jest widoczna w tych przypadkach, które przedstawiały jeden jedyny, lub też tylko nieliczne objawy podobne do kiłowych, np. pojedyncze, możliwie już zupełnie wessane guzki, zgrubienia nabłonka na języku, utrata włosów, zapalenia tęczówki, zmiany krtani, okostnej i t. d. Wtedy przy kilkakrotnym ujemnym wyniku odczynu możemy usunąć niebezpieczeństwo rozpoznawania według jednego tylko podejrzanego objawu, dodatni zaś wynik odrazu usuwa wątpliwości, gdy dawniej trzeba było wielomiesięcznych obserwacyi dla pewnego rozpoznania.

Z chorób, w których odczyn może mieć pewne znaczenie rozpoznawcze, mogę wymienić następujące: łuszczycę, liszaj czerwony (lichen ruber), wysypki od lekarstw, ospę

(pustulöses Syphilid), odrę, różyczkę, łupież (pityriasis vesiculosa, pityriasis rosea), kłykciny, opryszczki (herpes genitalis), łysinę plackowatą (alopecia areata), i t. d.

W trzecim i w późniejszych okresach choroby odczyn występuje różnorodnie, w zależności od przeprowadzonego leczenia. Następująca tablica zawiera dane statystyczne z różnych klinik.

Okres trzeci.

	Ilość badanych przypadków	+	+%
Bruck Stern	47	27	57·4
Lesser	131	117	90
Merz	158	127	80·3
Grosser	19	11	57·8
Bering	114	108	93

Jeżeli obliczymy średnią, to otrzymamy w przybliżeniu 70—80% surowic oddziałujących dodatnio. Przy określaniu wartości rozpoznawczej odczynu bezwarunkowo trzeba rozróżniać w tym okresie przypadki leczone od nieleczonych. W przypadkach zupełnie nieleczonych, mających podobieństwo do kilaków, rozpoznanie kiły staje się wątpliwem, o ile odczyn wypada ujemnie.

Często rozpoznanie kilaków, podobnych do tocznia (lupus) lub liszaja zołzowego (scrophuloderma), rozpoznanie, które natrafiało dawniej na wielkie trudności (badania histologiczne, badania za pomocą wstrzykiwań tuberkulinowych, często »ex juvantibus« i t. d.) obecnie łatwiej może być dokonane serologicznie za pomocą odczynu. W przypadkach leczonych ujemny wynik odczynu odgrywa małą stosunkowo rolę. Na dowód, jakie znaczenie ma leczenie, przytacza Boas następujący przykład. Na 82 chorych, oddziałujących dodatnio przed leczeniem, oddziaływało po leczeniu dodatnio wszystkiego sześciu. Z pośród tych 6 po miesiącu jeden się nie zjawił, reszta zaś dostała nawrotów; z 76 zaś oddziałujących ujemnie, nawrotów dostało wszystkiego trzech chorych. Autor spostrzegał również 65 chorych, u których początek choroby datował się od 3 lat i którzy przez cały czas przeprowadzali racyonalne leczenie. Po leczeniu u wszystkich wynik odczynu był ujemny, atoli po 2 miesiącach u 62 odczyn wypadł dodatnio i z pośród nich niezadługo 8 dostało nawrotów. Z pozostałych 54 nie leczyło się 19 i wszyscy ci po 6 tygodniach dostali nawrotów; z 35 zaś leczonych, za każdym razem w okresie, kiedy odczyn u nich wypadał dodatnio, żaden nawrotu nie dostał (obserwacya trwała 3—5 miesięcy). Przykłady te przemawiają same za siebie, dowodzą jaskrawo, jak ważne jest częste badanie krwi u chorych na kiłę w późniejszym okresie choroby, jak często tym sposobem ustrzedz się można nawrotów. Z doświadczeń tych wynika, że dodatni wynik odczynu u chorych na kiłę, którzy przeprowadzili racyonalne leczenie, jest zwiastunem prędkiego nawrotu choroby. Wobec tego w pierwszym roku po zakażeniu, przez badanie co miesiąc surowicy i natychmiastowe leczenie po stwierdzeniu dodatniego wyniku odczynu, można zapobiedz nawrotowi. Widząc, jak często chorzy, u których swoiste zakażenie datuje się z przed 10—20 lat i którzy przez wiele lat nie mieli nawrotów choroby i z tego powodu przez ten czas nie byli leczeni, zgłaszają się do szpitali ze zmianami rdzenia, wątroby, tętniakami, wiądem, porażeniem postępowem i t. d., mimowoli zadajemy sobie pytanie, czy przez badanie od czasu do czasu surowicy i przez zastosowanie odpowiedniego leczenia w razie dodatniego wyniku odczynu, nie zmniejszyłaby się ilość owych cierpień?

Odpowiedź na pytanie obecnie byłaby przedwczesna. W każdym razie, jeżeli uwzględnimy wysokie odsetki dodatniego odczynu przy nieleczonym wiądzie i porażeniu postępowem, pytanie to nabierze większej jeszcze wartości. Dawniejsze przypuszczenie, że bez kiły niema wiądu i porażenia postępowego, obecnie dzięki odczynowi zostało potwierdzone na czysto doświadczalnej biologicznej drodze.

	Ilość badanych przypadków	+	—
Wiąd nieleczony	17	17	0
Wiąd leczony	26	11	15
Porażenie postępowe	200	199	1

Przy rozpoznawaniu tych chorób odczyn ma obecnie wielkie zastosowanie; w każdym razie muszę tu jednak jeszcze raz nadmienić, że dodatni wynik dowodzi tylko, że chory jest dotknięty kiłą, nie dowodzi on jednak, że jest jednocześnie dotknięty i wiądem lub porażeniem postępowem. U chorych, przedtem leczonych, ujemny wynik odczynu nie dowodzi niczego, bo, gdy według tablicy Boasa, wszystkie nieleczone przedtem przypadki dawały wynik dodatni odczynu, to po leczeniu mniej niż połowa oddziaływała dodatnio. Z chorób umysłowych, przy których odczyn może mieć wartość różniczkowo-rozpoznawczą, wymienić muszę otępienie na tle stwardnienia tętnic, rzekome porażenie opilcze, psychozę Korsakowa, otępienie przedwczesne i t. d. Boas opisuje 2 przypadki nieleczone, przysłane do niego z rozpoznaniem porażenia postępowego, które jednak dawały ujemne wyniki odczynu: autopsya w jednym z nich wykazała otępienie na tle stwardnienia tętnic, w drugim otępienie przedwczesne. Obecnie nietylko syfilidologia, lecz i cała medycyna kliniczna znalazła w odczynie Wassermana znakomity środek pomocniczy. Neorologia uzyskała przedmiotowy dowód ścisłego przyczynowego związku pomiędzy przymiotem i tak zwanemi chorobami metasyfilitycznemi, wiądem i porażeniem postępowem. Okuliści donoszą również o dobrych skutkach rozpoznawczych odczynu (keratitis parenchymatosa). Daleko większą korzyść, niż dermatologia, odniosła medycyna wewnętrzna i chirurgia; w gałęziach tych dość często spotykamy się z niepewnymi objawami, stanami zapalnymi lub nowotworami, które przy podobnych do siebie danych klinicznych mają wręcz odrębną przyczynę, i w tych właśnie przypadkach, gdzie liczyć nie możemy na wywiady, posiadamy nareszcie pewny przedmiotowy środek rozpoznawczy, który czyni nas niezależnymi od niepewnych opowiadań chorych.

Ja sam spostrzegałem 30-letniego chorego, robotnika fabrycznego, który w okolicy piersi miał owrzodzenie podobne do gruźliczego, a nie poddające się przez długi czas żadnemu leczeniu. Chory przebywał niejednokrotnie krwotoki płucne i miał dość znaczne zmiany w prawym szczycie, przypuszczałem przeto gruźlicę skóry, zwłaszcza że chory zarażenia się kiłą z całą stanowczością zaprzeczał. Po porozumieniu się ze specyalistą dermatologiem, wykonałem u tego chorego odczyn Wassermanna, który wypadł wybitnie dodatnio. Po przeprowadzeniu swoistego leczenia owrzodzenie w krótkim czasie zupełnie znikło. Dodać muszę, że chory w końcu potem przyznał się, że ½ roku przedtem miał na wardze owrzodzenie i po pewnym czasie nieznaczną wysypkę na ciele, nie przypisywał temu jednak ważniejszego znaczenia.

Szczególnie chirurg musi i powinien wykonać odczyn Wassermanna we wszystkich tych przypadkach, które wzbudzają najlżejsze podejrzenie co do kiłowego pochodzenia; tym sposobem uniknąć można nieprzyjemnych skutków.

Karewski opisuje 28 przypadków, w których wypróbował odczyn: w 8 przypadkach wynik był ujemny i dalszy przebieg wykazał, że zachorowania te nie miały nic wspólnego z kiłą (uporczywe ropienia palca, zapalenie wielu stawów, guz piersi i t. d.). W 18 przypadkach dodatniego wyniku, przy których chodziło głównie o różniczkowe rozpoznanie pomiędzy gruźlicą i nowotworem z jednej strony, a przymiotem z drugiej, dalsze badania potwierdziły tylko rozpoznanie serologiczne. Szczególnie ciekawym okazał się następujący przypadek: U 45-letniego mężczyzny rozwinął się na brzuchu duży, bolesny guz, którego pochodzenie przypisywał chory odniesionej w tem miejscu przed kilku miesiącami ranie. Wobec tego, że chory w młodości miał szankra, który nie wywołał dotychczas ża-

dnych następstw, wykonano próbę Wassermanna, której wynik okazał się wybitnie dodatnim. Po zastosowaniu swoistego leczenia guz zupełnie znikł bez żadnego zabiegu krwawego. Przytoczyłem przypadek ten umyślnie również i z tego powodu, że chory ów był wielce skłonny skarżyć towarzystwo ubezpieczeń, w którem, jako robotnik, był ubezpieczony; przykład ten wykazuje, że odczyn może mieć także ważne zastosowanie sądowo-lekarskie.

Niema obecnie gałęzi medycyny, którąby się odczynem Wassermanna nie posługiwała. Szczególnie ważne jest wykonanie odczynu przy badaniu mamek, prostytutek i przy rozpoznawaniu dziedzicznego przymiotu u dzieci. — Wartość odczynu przy rozpoznawaniu dziedzicznego przymiotu nie różni się bynajmniej od jego wartości przy rozpoznawaniu przymiotu wogóle i dlatego nie wymaga ponownego rozpatrywania. Na jedną okoliczność chciałbym tylko zwrócić uwagę. Mianowicie w tych przypadkach, gdzie ze względu na przymiot rodziców liczyć możemy na możliwość dziedzicznego przymiotu u dzieci, badanie krwi ma nieocenioną wartość. Dotychczas nie stosowano nigdy lub stosowano bardzo rzadko swoiste leczenie u pozornie zdrowych dzieci rodziców kiłowych, często zaś znacznie później rozpoznawano objawy dziedziczne kiły. Obecnie możemy przez systematyczne badanie krwi mieć pewne dane do zastosowania swoistego leczenia u pozornie zdrowych dzieci.

W nauce o dziedziczności odczyn Wassermanna rozjaśnia obecnie, choć niezupełnie, bardzo ciekawe zagadnienia teoretyczne. Tak naprzykład, teorya Collego i Beaumea, która uczy, że kobiety, rodzące dzieci kiłowe (ojcowskiego pochodzenia) mogą same być zdrowe i odporne względem przymiotu, coraz więcej traci swych zwolenników. Również i teorya Profety, która głosi, że zdrowe dzieci rodziców kiłowych są przynajmniej do wieku dojrzewania odporne względem przymiotu, również została przez badanie krwi zachwiana. Nie mogę tu wyłuszczać wszystkich prac w tym kierunku, powiem tylko, że prawie wszyscy autorzy dochodzą do przekonania, że matki dzieci kiłowych uważać trzeba tylko za pozornie zdrowe, albowiem badania krwi dają około 57% wyników dodatnich, t. j. mniej więcej tyle, ile przy ukrytym przymiocie.

Badanie mamek, nianiek i opiekunek do dzieci ma również duże znaczenie społeczne. Dokonane w tym kierunku w ostatnich czasach badania dość często wykazywały kiłę tam, gdzie nie było żadnych klinicznych objawów tej choroby. Citron i inni autorzy postawili nawet za konieczny warunek serologiczne badanie mamek. Jak często bowiem u kobiet z prostego ludu wykryć można przymiot, który bez serologicznego badania mógł być niepostrzeżonym, wskazują badania Blumenthala, przeprowadzone w przytułku dla kobiet w Halle w tym celu, aby wykazać, jaki odsetek kobiet rodzących miewa kiłę utajoną.

Tablica Blumenthala.

Nr	Matka	Dziecko	Nr	Matka	Dziecko
1.	+	+	14.	—	—
2.	—	+	15.	—	—
3.	+	—	16.	—	—
4.	+	+	17.	—	—
5.	—	+	18.	—	±
6.	±	±	19.	—	—
7.	—	—	20.	—	—
8.	—	±	21.	—	—
9.	+	—	22.		—
10.	+		23.	—	—
11.	+	+	24.	—	
12.	+	—	25.	+	+
13.	—	—	26.	±	±

Z tablicy tej wynika, że 19% matek i 14% dzieci oddziaływało dodatnio. Bardzo ciekawe są również badania Rietschela, przeprowadzone w drezdeńskim przytułku dla noworodków, gdzie obecnie wybiera się mamki tylko po poprzedniem zbadaniu krwi. Okazało się, że 10% pozornie zdrowych mamek oddziaływało dodatnio i u $^3/_4$ ich dzieci można było później po kilkakrotnem dokładnem zbadaniu stwierdzić kiłę.

Badania krwi u mamek, przeprowadzone w naszej pracowni, dotychczas są nieliczne, dotyczą bowiem tylko 5 przypadków. Jednakowoż przypadki te i wyniki badań były dość ciekawe, przeto czuję się w obowiązku o nich krótko wspomnieć. Otóż w jednej zamożnej rodzinie, która przed przyjęciem posyłała mamki do zbadania najpierw do ginekologa, później do syfilidologa, w samym zaś końcu dla zbadania krwi i pokarmu do mnie, okazało się, że na 16 mamek badanych, 11 odrzucił syfilidolog wskutek objawów przebytej kiły (leukoderma, powiększenie gruczołów i t. d.), z pośród zaś 5, które ja badałem, u dwu surowica oddziaływała wybitnie dodatnio, pomimo braku jakichkolwiekbądź objawów kiłowych. Badań, robionych w tym kierunku, jest dotychczas mało, jednakowoż już z tej małej liczby sądzić możemy, jaką doniosłą wartość może mieć odczyn Wassermanna z punktu widzenia społecznego i higienicznego wogóle.

Chciałbym tu również wspomnieć i o wartości społecznej odczynu przy wykrywaniu ukrytej kiły wśród prostytutek. Badania, które dotyczą tej ważnej sprawy, są dotychczas nieliczne. Becker wśród 80 prostytutek znalazł 33 dodatnie wyniki, czyli 41·25%; w 11 z tych przypadków można było stwierdzić jawne objawy kiłowe. Höhne miał wśród 107 prostytutek w 23 przypadkach czyli 21·5% wyniki dodatnie, pomimo braku jakichkolwiekbądź objawów.

Kończąc mój referat, wspomnieć jeszcze chciałbym o wartości odczynu dla tak zwanych »syfilofobów«. Nieszczęśliwi ci odwiedzają jednego lekarza po drugim i często stawiają ich w kłopotliwe położenie, bo przecież niewiadomo, jaką odpowiedź im dać, wobec ich niepewnych i wątpliwych opowiadań i wobec braku jakichkolwiek podstaw klinicznych. Przy dodatnim wyniku odczynu, — osiągnięta pewność, że chodzi o kiłę, jest przecież lepszą dla takich chorych, niż błądzenie w niepewnościach, leczenie bowiem można wtedy skierować na odpowiednie tory; jeżeli przy kilkakrotnem badaniu odczyn wypada ujemnie, to chorzy tacy znacznie się uspokajają, jeżeli słyszą od lekarza, iż niema żadnych wogóle podstaw dla rozpoznania u nich kiły.

Jeżeli z wyżej powiedzianego wyciągniemy wnioski, to przyznać musimy, że dyagnostyka zachorowań kiłowych wielce zyskała przez odczyn Wassermanna, Neissera i Brucka, że na miejscu dawnych przypuszczeń obecnie w wielu przypadkach osiągnąć możemy bezwzględną pewność. W odczynie znaleźliśmy znakomity środek pomocniczy przy rozpoznawaniu chorób, tyczących się najróżnorodniejszych działów medycyny, i życzyć sobie tylko powinniśmy, aby odczyn znalazł wśród lekarzy jaknajwięcej zwolenników i aby lekarze w przypadkach wątpliwych pamiętali zawsze o tym środku pomocniczym nowoczesnej dyagnostyki.

W sprawie leczenia wiewióra przewlekłego elektrolizą.

Podał

Dr Poliwka (Stanisławów).

Uporczywość przewlekłego wiewióra zmusza do wyszukiwania jużto nowych środków bakteryobójczych, jużto do stosowania nowych sposobów leczenia mechanicznego i mechaniczno-fizycznego. Badania zajętych dróg moczo-

wych wykazywały to schorzenia sterczu, — w których poznaniu i klasyfikowaniu badacze polscy wzięli poważny udział (prace Ciechanowskiego, Motza) —, to gruczołów Littrego tylnej części cewki, to wreszcie gruczołów Cowpera. W ostatnich czasach Motz, badając systematycznie chorych na klinice Neckera, znajdował w uporczywych przypadkach wiewióra nacieki ograniczone przedniej części cewki, obmacując cewkę od dołu i boków na zgłębniku metalowym. Część cewki, objęta ciałami jamistemi, jest niedostępna takiemu badaniu; dlatego polecał Motz badać także uretroskopem, zapomocą którego wykazywał zawsze prawie zatoki Morgagniego, albo ujścia gruczołów zapalnie zmienione. Na te nacieki polecił Motz miesienie na zgłębniku metalowym, które w świeżych przypadkach działa bardzo skutecznie, w zastarzałych trzeba natomiast bardzo długotrwałego miesienia (widziałem chorych, leczących się ponad rok), lub elektrolizy punktowej w uretroskopie pod nadzorem oka. Leczenie to mozolne, zabierające czas, a choremu sprawiające czasem ból, zwłaszcza w początkach leczenia. W tych przypadkach wyleczenie zupełne może nastąpić pod wpływem zakraplań wysokoprocentowych rozczynów środków żrących, wywołujących silne łuszczenie, a może nawet zarośnięcie przewodów tych gruczołów, objętych naciekiem. Nacieki te wyczuwa się jako guzki wielkości prosa, a nawet ziarna groszku, w których to przypadkach cewka przedstawia się jakby różaniec. Prócz objawów przedmiotowych nacieki te wywołują także objawy podmiotowe, bardzo przykre dla chorego, mianowicie wszelkiego rodzaju swędzenia, pieczenia, mrowienia i t. d. Objawy te bardzo łatwo sobie wytłómaczyć wciągnięciem w zakres owych nacieków sąsiednich drobnych gałązek nerwowych.

Jak wyżej wspomniałem, miesienie działa rychło skutecznie w świeżych przypadkach; w zastarzałych natomiast na dobre wyniki trzeba czekać bardzo długo, dlatego wszyscy zwolennicy fizyoterapii poszukiwali jakiegoś środka pomocniczego. Na III. międzynarodowym kongresie fizyoterapeutycznym w Paryżu ogłosił Roncayrol [1]) szereg przypadków wiewióra przewlekłego, który po zastosowaniu 8—12-krotnem miesienia z elektrolizą, znikał zupełnie bez śladu.

Mając z kliniki Albarrana pewne praktyczne i teoretyczne wiadomości o tem leczeniu przy rozszerzaniu elektrolitycznem zwężeń cewki, postanowiłem zastosować je u kilku moich chorych, u których uporczywość cierpienia mogła zrazić do wszelkiego dalszego leczenia. Techniki używałem tej samej, co Roncayrol, t. j. po przemyciu cewki i napełnieniu pęcherza kwasem borowym zakładałem zgłębnik metalowy, ile możności najgrubszy i puszczałem prąd 10—25 miliamperów przez 3—5—7 minut. Nawiasem wspominam, że do takiego zabiegu przygotowywałem cewkę przez codzienne przemycie i zakroplenie odpowiedniego rozczynu azotanu srebra, by powierzchnię błony śluzowej cewki zupełnie z dwoinek wiewiórowych i innych drobnoustrojów oczyścić. Wyciek ropny, badany mikroskopowo, nie zawierał potem żadnych bakteryi. Biegun ujemny przykładałem do zgłębnika, dodatni na udo. Silniejszych prądów nad 25 miliamperów nigdy nie używałem z obawy przed krwawieniem i bolesnością, co w praktyce prywatnej jest niepożądane. Podczas przepływania prądu ujmowałem dwoma palcami nacieki i ruchami podłużnymi dość energicznymi starałem się je niejako zgnieść. Po 3 minutach cewkę poprzednio różańcowatą wyczuwałem jako gładką. Po wyjęciu zgłębnika, zwykle lekko zakrwawionego, polecałem chorym pęcherz opróżnić; w płynie oddanym, na wierzchu pienistym, znajdowało się mnóstwo łusek, przedstawiających się mikroskopowo jako warstwy nabłonka. Nacieki do następnego miesienia powracają prawie do dawnych rozmiarów, jednak już po piątem miesieniu wyczuwałem znaczne różnice w wielkości. Nacieki nie były tak bardzo stożkowate, jak przedtem, a błona śluzowa okoliczna wydawała się w dotyku cienka i podatna.

Następnego dnia po miesieniu chorzy jużto podawali, że mieli parcie na mocz z moczem krwawym na końcu, jużto skarżyli się na pieczenie przy moczeniu. Wyciek ranny był wzmożony. Historya 3 chorych przedstawia się następująco:

I) Chory, 20 l., blady, źle odżywiony i zbudowany. Zakażenie wiewiórowe 14. lipca 1910. Chory leczył się od początku wstrzykiwaniami do października, w którym to miesiącu zgłosił się do mnie. Przy zbadaniu stwierdziłem stan następujący. Wyciek ranny bardzo skąpy, gęsty, żółty, składa się przeważnie z ciałek białych, zawierających dwoinki, i bardzo małej ilości nabłonków płaskich i przejściowych. Mocz I. czysty, nitki zaraz opadające na dno, II. czysty. Kaliber cewki prawidłowy. Gruczoł krokowy i przydatki przy dotykaniu i po miesieniu prawidłowe, to samo tylna część cewki i gruczoły Cowpera. Na zgłębniku stwierdza się przy obmacywaniu zgrubienie cewki w samym środku długości prącia, a tuż przy części opuszkowej twory stożkowate, pojedyncze, wielkości ziarna jęczmienia. Uretroskopia: Błona śluzowa tworzy figurę gwiaździstą o fałdach rzadkich a grubych, o białawym połysku, na przedniej i tylnej ścianie punkty ciemnoczerwone.

Leczenie: Przemywanie i 6 zakropleń Ag NO_3, a następnie miesienie bez elektrolizy do lutego. Nacieki mało się zmieniły. Chory udał się na miesiąc do szpitala, gdzie go leczono zakraplaniami. Po wyjściu ze szpitala zgłasza się do mnie ze stanem dawnym. 10. III. Rozszerzenie sp. Kollmanna do 34 Charr. bardzo bolesne, niepostępujące wcale naprzód przy następnych rozszerzeniach. 20. III. Miesienie elektrolityczne przez 3 minuty 10 milliamp. W płynie oddanym same płaskie nabłonki.

21. III. Kropla ropna rano. Przepłukanie K_2MnO_4 1:4000.

22. III. Miesienie 15 milliamp. 3 minuty. 24. III., 26. III., 28. III. 30, III. ten sam zabieg powtórzono.

4. IV. 15 milliamp. przez 5 minut; nazajutrz rano duża kropla i krwawy mocz na końcu (haematuria terminalis). I. mocz mętny, II. czysty.

8. IV. 15 milliamp. przez 5 minut: cewka cieńsza, podatna, nacieki znacznie przypłaszczone. Wyciek ranny na trzeci dzień zawiera więcej śluzu i nabłonków, niż ciałek białych bez dwoinek. 11. IV., 14. IV., 16. IV. toż samo. Wydzielina składa się z nabłonków, śluzu i nieco ciałek białych bez ziarniaków. Dla zupełnego usunięcia nacieków zgłasza się chory co trzeci dzień.

II) Chory od roku, silnie zbudowany, zdrów ogólnie. Leczył się metodycznemi wstrzykiwaniami przez 3 miesiące. Codzień ranna mała wydzielina, lekki ból w krzyżach i pępku. W 2 miesiące po wysiłku fizycznym parcie na mocz, obrzęk członka, bole w krzyżach, mocze oba mętne.

10. X. 1910 stwierdziłem, co następuje: Wydzielina składa się z ciałek białych, skąpej ilości dwoinek wiewiórowych i nabłonków. Cewka twardo-elastyczna, cały członek zgięty kabłąkowato, pęcherz pojemności prawidłowej. Gruczoł krokowy duży, szeroki, plastyczny, gładki, rowek środkowy zanikły. Powrózki nasienne niewyczuwalne. Prawy pęcherzyk nasienny wyczuwalny, tej samej zbitości, co gruczoł krokowy. Chory został odesłany do szpitala, gdzie w przeciągu trzech miesięcy przebył obustronne zapalenie najądrza.

18. I. zgłasza się powtórnie do mnie. Stan ten sam, jak opisany powyżej, z wyjątkiem moczu z nitkami, zresztą zupełnie czystego. Gruczoły pachwinowe twarde, większe, ściany cewki grubsze, gdzieniegdzie małe ziarnistości. Najądrza twarde, wielkości śliwki. Uretroskopia: Błona śluzowa cewki gładka, wyrównana, miejscami biaława. Na przedniej ścianie przy końcu cewki szereg pęcherzyków wielkości prosa, połyskujących. Zatoki Morgagniego śluzowo zwyrodniałe.

Leczenie: Przemywania cewkowo-pęcherzowe, miesienie sterczu i zakraplania Ag NO_3.

20. III. Gruczoł krokowy mniejszy, po miesieniu płyn oddany z pęcherza czysty, opalizujący.

Wydzielina skąpa zawiera przeważnie ciałka białe, mało nabłonka. Dwoinek wiewiórowych niema. Miesienie z elektrolizą.

Po miesieniu same nabłonki i ziarenkowce. Nazajutrz wyciek zawiera ciałka ropne, nabłonek i ziarenkowce na nabłonku.

---

[1]) Roncayrol: Mitteilungen über die elektrolytische Reinigung der erkrankten Harnröhrendrüsen. Zeitschrift für Urologie T. IV. Z. XII.

4. IV. V. miesienie. Ziarenkowców niema w wycieku, nitki się utrzymują nieco krótsze, opadające rychło na dno.

10. IV. VII. miesienie 16 milliamp. przez 5 minut, krew.

15. IV. Uretroskopia: Błona śluzowa różowa, lśniąca, pęcherzyki wspomniane znikły, a na ich miejscu małe jamki, lśniące, czerwone. Wstrzykiwania metodyczne protargolu.

25. IV. wyciek zawiera ciałka ropne, dużo komórek nabłonkowych silnie się barwiących, małych, śluz.

III) Chory od 9 miesięcy. Zawsze niewielki wyciek żółtawy rano, złożony z ciałek białych, nabłonka płaskiego i ziarenkowców, leżących poza obrębem komórek.

14. III. badany: Kaliber i długość cewki prawidłowe, ściany cewki cienkie, gładkie. Gruczoł krokowy plastyczny, szeroki, w ogólności większy, zwłaszcza prawa połowa. W miazdze z gruczołu krokowego ciałka ropne. Przydatki prawidłowe. Leczenie: Przemywania cewkowo-pęcherzowe, miesienie gruczołu krokowego.

2. IV. Miesienie elektrolityczne 10 milliamper. przez 3 minuty. W płynie oddanym mnóstwo łusek nabłonkowych i ziarenkowców wśród łusek.

3. IV. wyciek surowiczo-ropny, w moczu nitki ropne. 4. IV., 7. IV., 9. IV., 14. IV. 16. IV. miesienie takie samo.

W wydzielinie wielka ilość ciałek ropnych, małych, okrągłych komórek nabłonkowych, silnie się barwiących i gdzieniegdzie para ziarenkowców. Wskutek oporu chorego w zastosowaniu dalszem tego samego leczenia poleciłem wstrzykiwać protargol, radząc trzymać wieczór płyn wstrzyknięty do 40 minut w rodzaju »pansement à demeure« Motza.

25. IV. Chory zgłasza się bez wysięku ropnego, po wyciśnięciu całej cewki wychodzi maleńka kropla, złożona ze śluzu, nabłonka płaskiego i małych okrągłych komórek nabłonkowych. Obserwacya tygodniowa nie zmienia tego stanu. Uretroskopii nie podejmowałem z powodu bardzo wązkiego ujścia. W krótkości wreszcie streszczam sposób badania i jego wyniki:

Chory był przygotowywany do miesienia przemywaniami, dopóki wyciek nie był zupełnie jałowy. Po miesieniu płyn oddany centryfugowałem. Osad po pierwszem miesieniu badany składał się zawsze z nabłonka płaskiego, o protoplazmie słabo się barwiącej, wyglądającej piankowato, o jądrach zabarwionych silnie, ale niejednostajnie i z ziarenkowców, rozmieszczonych między komórkami i na komórkach. Wyciek następnego dnia rzadki, składał się z ciałek ropnych, komórek nabłonkowych płaskich, małych okrągłych i ziarenkowców, których w następnych badaniach było coraz mniej. Barwiłem błękitem metylenowym i barwikiem Pappenheima, (a nie jak Roncayrol błękitem Unny po poprzedniem utrwaleniu preparatu kwasem chromowym).

Historye tych trzech chorych są nader ciekawe ze względu na znalezione u nich zmiany i usunięcie ich następowem leczeniem. I tak u pierwszego chorego były nacieki gruczołów, bardzo głęboko sięgających w błonę śluzową i nabłonek zmieniony na wielowarstwowy płaski, u drugiego zatoki Morgagniego wypełnione śluzem i nabłonek zmieniony, a u trzeciego tylko nabłonek wielowarstwowy płaski. Leczenie polegało na rozłożeniu elektrolitycznem powierzchni błony śluzowej, wywołaniu łuszczenia grubych warstw nabłonka wraz z mikrobami i rozpulchnienia całej śluzówki przez przesiąknięcie jej nabiegiem surowiczym. Miesienie skombinowane z działaniem elektrolitycznem działało tu mechanicznie, wypróżniając treść gruczołów. W 2 następnych przypadkach, z których jeden uważam za zupełnie wyleczony, zmiany nie były tak głębokie, wskutek mniejszej ilości gruczołów i zupełnie powierzchownego ich położenia. Spostrzeżeń mogę wprawdzie podać zaledwo kilka, jednak już one stanowczo przemawiają za tym sposobem leczenia, zalecającym się przez swoją niebolesność i krótkość w stosunku do leczenia dilatatorem Kollmanna, »pansement à demeure« Motza, lub miesieniem na zgłębniku.

Kilka słów w odpowiedzi Dr Selzerowi na jego uwagi

umieszczone w Nr 21 »Przeglądu lek.« z r. 1911*)

Napisał

Prof. Dr Witold Orłowski (Kazań).

Ośmielam się zabrać głos wobec artykułu Dra Selzera w Nr 21 »Przeglądu lekarskiego«, Dr Selzer bowiem posądza mnie w nim niesłusznie o brak uwagi co do jego pracy po zapoznaniu się mojem z nią oraz co do jego artykułu w Nr 15 »Przeglądu lekarskiego«. Zarzutu tego nie mogę zostawić bez odpowiedzi, z moich zaś zestawień czytelnik sam osądzi, kto z nas przy roztrząsaniu spraw, które omawia, zasługuje na zarzut nie dość dokładnego zbadania sprawy. Rozpatrzmy cztery punkta podane przez Dra Selzera w jego artykule w Nr 21 »Przeglądu lekarskiego«.

W punkcie pierwszym powiada Dr Selzer, że pracy, dotyczącej odczynu Cammidgea, umieszczonej w Nr 20 »Wraczebnoj Gazety« 1909 r., w oryginale, nie znając języka rosyjskiego, nie czytał; znajomość treści tej pracy zawdzięcza uprzejmości Prof. P. Ta okoliczność jest właśnie przyczyną, dlaczego »nazwisko autora artykułu przeniósł na znanego mu już z piśmiennictwa Prof. Orłowskiego«. Nie mówiąc już o tem, że takie postępowanie nie jest dokładne (oprócz mnie, na szpaltach czasopism i polskich i obcych ogłaszają swe prace i inni Orłowscy), uważam powoływanie się dziś na uprzejmość Prof. P. za nieusprawiedliwiające: podając bowiem w Nr 15 »Przeglądu lekarskiego« swoje uwagi nad moją pracą, przypisuje Dr Selzer ów artykuł również mnie; tej pomyłki jednak nie byłby zrobił, jeśliby uważnie czytał tę moją pracę, o której uwagi pisał, w niej bowiem kilkakrotnie zaznaczono, że artykuł ów jest pióra Z. Orłowskiego. Lecz mniejsza o to, przejdźmy do 2 i 3 punktu odpowiedzi Dra Selzera. Dr Selzer powiada, że mojej uwagi uszło, iż on przytacza Rotha, Orłowskiego i autorów angielskich. Bynajmniej; zwróciłem na to dość uwagi. Jednocześnie jednak nie uszło mojej baczności i twierdzenie Dra Selzera, że »myśmy pierwsi zwrócili uwagę«. Jeśli kto starannie zapozna się z pracą Dr Selzera (Lwowski Tygodnik lekarski 1910 Nr 22), ten zgodzi się niezawodnie ze mną, że pod tem »myśmy« należy rozumieć tylko Dra Selzera, który bardzo często, mając na myśli swoje badania, używa liczby mnogiej. Przeciwko takiemu wysłowieniu się nic nie mam. Lecz cóż oznacza to zdanie? Dr Selzer powiada dziś (Nr 21 »Przegl. lek.«), że w rzeczywistości o jakiekolwiekbądź pierwszeństwo mu nie chodzi. Gotów jestem temu wierzyć, lecz wyrażenie »myśmy pierwsi zwrócili uwagę« w jego pracy, ponownie zaznaczone w jego uwagach, w Nr 15 »Przeg. lek.« umieszczonych, daje mi prawo rozumienia tego zdania tak, jak ono brzmi w rzeczywistości. W Nr 19 »Przegl. lek.« podniosłem właśnie tę rzecz i wykazałem, że badań nad zdrowymi osobnikami Dr Selzer przeprowadził tak mało, iż nie może on mówić, pomijając już nawet sprawę pierwszeństwa, o tem, że jego badania dowiodły częstości dodatniego odczynu próby Cammidgea u osób zdrowych. Na to w swej odpowiedzi w Nr 21 »Przegl. lek.« stara się Dr Selzer, występując w obronie swej pracy, przekonać mnie i czytelnika o tem, że on właśnie udowodnił nieswoistość odczynu Cammidgea, szereg zaś prac późniejszych potwierdził to jego przekonanie. Na dowód przytacza wyniki, otrzymane przez siebie nietylko u zdrowych, lecz i u chorych, którzy nie okazywali objawów klinicznych schorzenia trzustki. Niestety co dla Dra Selzera jest »wystarczającem dla nabrania przekonania o nieswoistości odczynu Cammidgea«, zupełnie nie wystarcza dla mnie, jako czytelnika jego pracy. Nim jednak rozejrzymy się w materyale Dra Selzera, nie mogę nie zaznaczyć sprzeczności w danych Dra Selzera. W swej pracy

*) Na tej odpowiedzi zamyka Redakcya dalszą polemikę w tej sprawie.

w Nr 22 »Lwowskiego Tygodnika lekarskiego« 1910 r. powiada Dr Selzer, że wykazał odczyn Cammidgea 14 razy u chorych i 7 razy u zdrowych, w 19 otrzymał wynik dodatni, więc »w dwóch tylko przypadkach wynik był ujemny«, obecnie zaś w Nr 21 »Przegl. lek.« powiada, »wykonałem odczyn 6 razy u zdrowych, a 14 razy u chorych«, »mimoto, z wyjątkiem jednego wyniku ujemnego odczyn był zawsze (19 razy na 20 prób) dodatni«. Trudno błędem drukarskim tłómaczyć tę sprzeczność; przyczyna leży oczywiście w braku uwagi ze strony Dra Selzera, lecz już względem własnych badań. Pomijam jednak te niedokładności oraz sprawę pierwszeństwa i przejdę do rozpatrzenia, czy materyał Dra Selzera pozwala twierdzić, że wykazał on częstość dodatniego wyniku próby Cammidgea u osób nie przedstawiających schorzenia trzustki. Pomijam tym razem badania Dra Selzera nad zdrowymi, o nich bowiem wspominałem już w Nr 19 »Przeglądu lekarskiego«, a zatrzymam się uważnie na jego materyale, składającym się z 14 badań u osób chorych. Dr Selzer powiada, że z tych chorych »tylko 5 okazywało objawy kliniczne, pozwalające przypuszczać jakąś sprawę chorobową trzustki«. Z tem twierdzeniem Dra Selzera w żaden sposób pogodzić się nie można, już wtenczas bowiem, gdy Dr Selzer pisał swoją pracę, wiedzieliśmy dobrze, że trzustka bywa często zmienioną w szeregu schorzeń innych narządów pomimo, że klinicznie wykazać jej schorzenie nie zawsze możemy. Stan taki spotykamy przedewszystkiem w t. zw. żółtaczce nieżytowej, który nieraz jest nawet pochodzenia trzustkowego, w kamicy żółciowej, w ropnem zapaleniu pęcherzyka żółciowego, więc właśnie w tych chorobach, którymi dotkniętych Dr Selzer zaliczał do liczby osób ze zdrową trzustką, nie znalazłszy, jak się wyraża o przypadku żółtaczki nieżytowej, »tłómaczenia przyczyny dodatniego odczynu«. Jeśli ograniczymy się do tych trzech przypadków, to razem z 5, w których Dr Selzer sam uznaje schorzenia trzustki, będziemy mieli już na 14 badań nie 5, lecz osiem, w których nie można było bez poważnych zastrzeżeń uważać trzustki za zupełnie zdrową. Nie są wolne od wątpliwości co do stanu trzustki również przypadki rozedmy płuc i włóknikowego zapalenia płuc, a więc, jeszcze dwa. Po odtrąceniu tych przypadków, pozostaniemy tylko przy 4, w których, sądząc z rodzaju schorzenia, można było przypuszczać prawidłowy stan trzustki. Taka liczba przypadków nie daje, mojem zdaniem, prawa wnosić o częstości dodatniego odczynu Cammidgea u osób ze zdrową trzustką, nawet, jeśli uzupełnimy ten materyał 6(?) dodatnimi wynikami z 7(?)*) badań dokonanych u 4 osób zupełnie zdrowych. Dlatego też twierdzę i dziś, że Dr Selzer nie miał w swoim materyale dostatecznej podstawy do wniosku, że odczyn Cammidgea często się zdarza u chorych bez schorzenia trzustki oraz u zupełnie zdrowych ludzi. Ten fakt został istotnie udowodniony, lecz nie przez Dra Selzera, ale przez szereg późniejszych prac innych badaczy. Zasługa Dra Selzera polega jedynie na tem, co w Nr 19 »Przegl. lek.« zaznaczyłem w tych słowach: »Dr Selzer należy do liczby tych badaczy, którzy drukiem w czasopiśmie ogłosili, że odczyn Cammidgea może występować dodatnio i u osobników zdrowych«.

W punkcie trzecim podnosi Dr Selzer jeszcze pytanie, dlaczegom nie miał »tyle szkopułów umieszczania licznych prac w swoim spisie literatury, które to prace oparte są również na małym materyale«, i dla przykładu przytacza wspomnianą w mej pracy pracę Rotha. Z tego, co pisałem w Nr 19 »Przeglądu lek.« w sprawie przytaczania literatury obcej i polskiej wynika jednak, że szkopuły miałem względem »bardzo wielu prac, zwłaszcza dotyczących odczynu Cammidgea«, i dlatego o wielu z nich nie wspomniałem; Dr Selzer znajdzie tam również i odpowiedź na swoje pytanie co do pracy Rotha.

Wreszcie w punkcie czwartym mój zarzut o nieuwzględnieniu pracy Dra Kostrzewskiego tłómaczy Dr Selzer brakiem z mojej strony uwagi: zdaniem jego uszło mojej uwagi, że w spisie literatury nie uwzględnił on wogóle żadnych prac, które się pojawiły po czerwcu 1909 r. i ten temat omawiały, ponieważ ta sprawa była dla niego już wtedy zakończoną. Bardzo starannie przestudyowałem pracę Dra Selzera, ale nigdzie nie znalazłem w niej wzmianki, że literaturę porusza tylko do chwili ukończenia jego pracy, mianowicie do czerwca r. 1909. Dodatek w uwadze do artykułu, że »pracę ukończono w czerwcu 1909« nie dawał mi przecież prawa do wniosku, że to ma znaczyć, iż literatury, która się pojawiła od czerwca 1909 do chwili ogłoszenia pracy, autor nie ma zamiaru uwzględniać. Gdybym był taką wzmiankę znalazł, to rzecz prosta, nie uczyniłbym Dr Selzerowi zarzutu nieuwzględnienia pracy Dra Kostrzewskiego.

Na tem kończę moją odpowiedź i pozostawiam sąd bezstronnemu czytelnikowi. Robiąc też dla siebie rachunek sumienia — sit venia verbo — przyznaję, żem niechcący przeoczył pracę Dra Selzera, lecz gdy mi na nią wskazano, nie tylko uznałem swoją winę, lecz postarałem się naprawić przez zaznaczenie, pod jakim względem uważam tę pracę za wartościową, a co w niej jest nieuzasadnione. Posądzenie zaś mnie o pobieżne traktowanie tej pracy po jej przeczytaniu, oraz o brak z mej strony uwagi względem niej i artykułu w Nr 15 »Przeglądu lekarskiego« odpieram jako nieuzasadnione.

*) Znak zapytania stawiam, bo nie wiem, czy mam się trzymać danych zawartych w pracy Dr Selzera, czy też jego uwag w Nr 21 »Przeglądu lekarskiego«, te dane bowiem, jak wyżej wykazałem, różnią się między sobą.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Loiacono. **Wynicowanie (inversio) macicy połogowej przy przewlekłem zapaleniu nerek.** (Arch. f. Gyn. t. 93, zesz. II.). Wynicowanie macicy jest wogóle bardzo rzadkiem powikłaniem połogu i powstaje samorodnie lub częściej pod wpływem urazu. Najczęstszą przyczyną wynicowania — samorodnego, czy urazowego — jest niedowład (atonia), wzgl. porażenie macicy połogowej. Drugim ważnym czynnikiem jest stale lub przejściowo wzmożone ciśnienie śródbrzuszne. Przyczyną wynicowania urazowego jest zwykle nagłe i silne parcie, n. p. przy stolcu w nieodpowiedniej postawie, przy silnym kaszlu, wymiotach i t. p., szczególnie jeżeli jest połączone ze zmianami w ścianie macicy, wywołującemi częściowy lub całkowity jej niedowład. Wynicowanie urazowe może powstać także przy względnie lub bezwzględnie za krótkiej pępowinie, jeżeli płód szybko się rodzi, pociągając za sobą łożysko, albo przy zbyt silnem wyciąganiu płodu lub wreszcie pociąganiu za pępowinę; do innych jeszcze przyczyn należy znaczny ciężar zbyt dużego łożyska i ręczne jego wydobycie, szczególnie przy zrostach, jakoteż zbyt forsownie wykonany zabieg Credego (wygniecenie łożyska). Wynicowanie macicy może powstać podczas porodu lub zaraz po porodzie, ale także i w kilka dni później, i to częściej u pierwiastek i kobiet młodych, aniżeli u wieloródek. Powstaje ono czasem bez żadnych objawów groźniejszych, tak że wynicowana macica może dłuższy nawet czas pozostawać w pochwie i u zdrowych zresztą kobiet uledz znacznemu zanikowi. Samorodne jej odnicowanie się i powrót do stanu prawidłowego zdarzają się bardzo rzadko. Najczęściej towarzyszą wynicowaniu macicy bardzo gwałtowne i groźne objawy; najważniejsze z nich są krwawienia i zapad, które nieraz już w krótkim czasie wywołują śmierć położnicy. Autor podaje historyę przypadku, gdzie przewlekłe zapalenie nerek, istniejące już od długiego czasu, wywołało najprawdopodobniej niedowład ściany macicy po porodzie,

a w następstwie tego nagłe wynicowanie jej przy wydaleniu łożyska. Mimo leczenia, polegającego na odnicowaniu macicy, tamponadzie jej jamy, jakoteż pochwy, wstrzykiwaniu kamfory i soli fizyologicznej — nastąpiło zejście śmiertelne w 4 godziny po porodzie. Sekcya i badanie histologiczne wykazały mnogie ropnie w nerce lewej, jakoteż daleko idące zmiany w ścianie samej macicy.

E. Ehrenpreis.

Prof. A. Theilhaber. **Przyczynek do patologii i leczenie t. zw. bolu międzymiesiączkowego (Mittelschmerz).** (Arch. f. Gyn. t. 93, zesz. III.). Zaburzenia te występują, jak nazwa wskazuje, regularnie i dokładnie w połowie okresu między dwiema miesiączkami i to już to w postaci istotnych bolów, już to w postaci krwawień, już to jako upławy. Każdy z tych trzech objawów może wystąpić osobno, albo równocześnie dwa z nich, lub wreszcie wszystkie trzy razem. Najrzadziej zdają się występować krwawienia międzymiesiączkowe, najczęściej zaś upławy; do wiadomości lekarza jednak najczęściej dostają się przypadki z bolami międzymiesiączkowymi. Te bole, utrzymujące się zwykle kilka godzin, nieraz jednak 2—3 dni, odczuwają chore jako bolesne skurcze napadowe, przyczem z końcem napadu odchodzi nierzadko obfitsza wydzielina. Drugi objaw, t. j. upławy, występują zwykle jako bardzo obfita wydzielina śluzowa, utrzymująca się 2—3 dni. Trzeci wreszcie objaw, t. j. krwawienia, są zwykle skąpe i trwają również od kilku godzin do 2—3 dni. Co do przyczyny tych zaburzeń niema dotychczas zgody między autorami; jedni obwiniają jajniki, drudzy zbyt silne zgięcie macicy ku przodowi, trzeci przewlekłe zmiany na otrzewnej miednicy lub jajników, inni zbytnią pobudliwość układu nerwowego, inni wreszcie skurcze jajowodów. Rosner twierdzi, że w ogólności zaburzenia te występują tylko przy zmianach patologicznych w narządzie rodnym, zwykle w następstwie chorobowego przekrwienia przerosłej macicy w połączeniu z torbielkowatem zwyrodnieniem jajników. Na podstawie 21 przypadków, z których w 18 nie można było wykryć żadnych nieprawidłowości w narządzie rodnym, twierdzi autor, że do powstania bolów międzymiesiączkowych zmiany chorobowe zupełnie nie są konieczne, a jeżeli zachodzą, to chyba tylko jako powikłania przypadkowe. Autor skłania się do przypuszczenia, że bole te zależą od czynności jajników i występują zwykle u kobiet bardzo nerwowych, które cierpią zwykle także na bole miesiączkowe (dysmenorrhoe), jak to było właśnie w powyższych przypadkach. Większość chorych (14) autora nie rodziła wcale. Leczenie jest bardzo rozmaite, co już samo świadczy o małej jego skuteczności: częste przestrzykiwania macicy, nacięcia części pochwowej, kąpiele nasiadowe ciepłe lub wodoleczenie, pastylki jajnikowe i aspiryna, wreszcie wytrzebienie. Znaczną ulgę, przynajmniej na miesiące, przynoszą także upusty krwi. Wychodząc z założenia, że bole międzymiesiączkowe są następstwem skurczów mięśni okrężnych w okolicy wewnętrznego ujścia macicy, stosuje Th. u kobiet, które nie rodziły, z wcale dobrym skutkiem rozszerzanie ujścia wewnętrznego. Najprzód rozszerza je rozszerzaczami Oberländera aż do 10 mm, następnie rozszerzadłem Schultzego, poczem rozcina ujście (discissio); teraz dopiero wycina odpowiednim nożykiem kawałki z przedniej i tylnej wargi macicznej w okolicy ujścia wewnętrznego.

E. Ehrenpreis.

Prof. Hoehne: **Doświadczalne badania nad ochroną ustroju zwierząt przeciw zakażeniu otrzewnemu.** (Arch. f. Gyn. t. 93, z. III). Mimo skrupulatnego przestrzegania aseptyki i bardzo już udoskonalonej techniki operacyjnej, ciągle jeszcze zdarzają się przypadki ciężkiego a nawet śmiertelnego zakażenia otrzewnej po operacyach brzusznych. Celem wzmożenia naturalnych sił ochronnych otrzewnej i pewniejszego zabezpieczenia życia operowanych, przeprowadzał Glimm pierwszy doświadczenia ze wstrzykiwaniami oliwy do otrzewnej w przekonaniu, że w ten sposób zmniejszy wessalność drobnoustrojów w otrzewnej. Wyniki dodatnie, osiągnięte w wielu przypadkach zakażeń, tłómaczył Glimm wypełnieniem wstrzykniętą oliwą naczyń limfatycznych, wychodzących z jamy otrzewnej, a tem samem niemożliwością dostania się drobnoustrojów chorobotwórczych do nich a więc i do krążenia. Takie właśnie ograniczenie sprawy zakaźnej tylko do jamy brzusznej miało zwierzęta ratować przed niezawodną śmiercią z zakażenia. Autor powtórzył doświadczenia Glimma i doszedł do następujących wniosków. Śródotrzewne wstrzykiwania oliwy (czystej czy kamforowej lub innej) aż do 10 cm³, okazały się dla królików nieszkodliwe, natomiast większe jej ilości (20—100 cm³) stawały się groźne jużto z powodu powstania zatorów tłuszczowych w płucach, już innych miejscowych lub ogólnych zaburzeń. Śródotrzewne wstrzykiwania oliwy wywołują, zależnie od jej ilości i rodzaju, jakoteż różnych dodatków do niej, stopniowo różne odczynowe zapalenie otrzewnej, które jednak zupełnie nie jest następstwem swoistego działania oliwy, lecz daje się wywołać także innymi czynnikami drażniącymi natury chemicznej, mechanicznej (sproszkowane szkło) lub drobnoustrojowej (b. prodigiosus). Takie rozpoczynające się lub od niewielu tylko godzin trwające zapalenie przyspiesza wessanie drobnoustrojów, wstrzykniętych doświadczalnie do jamy brzusznej. Króliki, których otrzewnę w ten sposób zakażono, w krótki tylko czas po wywołaniu na niej odczynowego zapalenia, przebywają zakażenie to o wiele ciężej i giną wskutek niego o wiele częściej i szybciej, aniżeli króliki, którym dla kontroli również zakażono otrzewnę, ale bez poprzedniego jej podrażnienia. Natomiast stwierdzono, że jeżeli odczynowe zapalenie otrzewnej trwało już najmniej dobę przed wywołaniem zakażenia, to wessanie wstrzykniętych drobnoustrojów z jamy brzusznej nadzwyczaj zostaje utrudnione lub nawet zupełnie zniesione, i to nietylko przejściowo, lecz nawet na tygodnie. Nie ulega żadnej wątpliwości, że utrudnienie tego wessania z otrzewnej nie występuje wskutek wypełnienia naczyń limfatycznych wstrzykniętą oliwą — jak to sądził Glimm, lecz jedynie wskutek wywołania zapomocą oliwy odczynowego zapalenia otrzewnej. Ta utrudniona wessalność drobnoustrojów, stwierdzona licznemi badaniami krwi, wziętej ze serca, uratowała życie królikom, którym do jamy otrzewnej wstrzyknięto bardzo jadowite i żywotne bakterye (b. coli haemolyticum, paratyphus i i.). Drobnoustroje te, nie mogąc się dostać do ogólnego obiegu krwi i ograniczone do jamy brzusznej, zostają już w krótkim czasie (do 4 dni) zniszczone, dzięki substancyom bakteryobójczym, nagromadzonym tamże w następstwie poprzedniego sztucznego zadrażnienia otrzewnej. Doświadczenia kontrolne wykazały, że wessanie drobnoustrojów ze strony prawidłowej otrzewnej następuje bardzo szybko, bo już w 3 minuty po wstrzyknięciu ich do jamy brzusznej można je wykazać w obiegu krwi. Dalsze doświadczenia i spostrzeżenia wykażą, o ile powyższe wyniki dadzą się praktycznie zastosować.

E. Ehrenpreis.

Offergeld. **Rozsiane stwardnienie rdzenia (sclerosis multiplex), a życie płciowe kobiety.** (Arch. f. Gyn. t. 93, zesz. III.). Na podstawie obcych i własnych spostrzeżeń kreśli O. stosunek i wpływ wzajemny między stwardnieniem rozsianem rdzenia, a poszczególnymi okresami całego życia płciowego kobiety. Wpływ uwidoczniać się może — choć nie musi — już w czasie miesiączek, szczególnie jednak wybitnie w czasie ciąży. Postępy, które choroba ta w tym okresie czasem okazuje, mogą być tak znaczne, że przerwanie ciąży staje się nieuniknione. Poród i połóg nie wykazują zwykle wpływu niekorzystnego, i tu jednak mogą wystąpić pewne zaburzenia, zmuszające do czynnego wkroczenia. To też ciężarna z rozsianem stwardnieniem rdzenia musi zawsze pozostawać pod ścisłym nadzorem lekarskim; tu okresy znacznego nawet polepszenia zmieniają się ciągle z okresami pogorszenia choroby. Uważać należy głównie na zupełny spokój psychiczny, jakoteż podniesienie stanu odżywienia ciężarnej, aby w ten sposób uzyskać pewien za-

pas sił, tak potrzebnych na czas późniejszy. Zaostrzenie choroby nie stanowi odrazu wskazania do przerwania ciąży, tembardziej, że leżenie w łóżku przez tygodnie lub nawet miesiące i spokój psychiczny w połączeniu z leczeniem tucznem mogą wywołać znaczną poprawę. Baczną uwagę należy zwrócić na ewentualne możliwe zaburzenia przy połykaniu i ze strony płuc. Chore takie zakrztuszają się bardzo łatwo, co może się stać powodem ciężkiego zapalenia płuc, wskutek czego niektórzy radzą odżywiać chore przy pomocy zgłębnika żołądkowego. Niemniej ważne jest pielęgnowanie skóry, gdyż u chorych takich łatwo powstają odleżyny; częste kąpiele ciepłe (28—30° — 15 minut), zmiana położenia ciała, nacierania alkoholem i skrupulatna czystość będą tu najbardziej wskazane. Korzystnie działa także stała galwanizacya kręgosłupa (5 miliamperów — 5—10 minut). Pożywienie powinno być urozmaicone i obfite, przyczem dobrze jest dodawać sanatogen kilka razy dziennie przez cały czas ciąży. Po ustąpieniu zaostrzenia — należy znowu wrócić do wykonywania systematycznych ruchów, przy równoczesnem podawaniu środków wzmacniających, np. według Müllera: »Rp. Acid. arsen. 0,05—0,1; extr. strychni 0,5—1,0; ferri lact., chinini hydrochlor., aa 5,0; extr. gentian. qu. s. ut f. pil. 100; S. 3—6 pigułek dziennie«. Przy silniejszej hypertonii wskazane są letnie kąpiele CO_2 (Nauheim) i lekkie ruchy czynne i bierne (Zander), jednak bez natężenia. Przy braku hypertonii: miesienie, faradyzacya, systematyczna gimnastyka. Stosując się do powyższych wskazówek, uda się najczęściej doprowadzić ciężarną aż do terminu porodu. Znając szkodliwy wpływ wstrząsów nerwowych na samą chorobę, należy chorą co do wyniku porodu pocieszać i dodać otuchy; z drugiej strony jednak uważać, aby poród nie przeciągał się za długo. Pod tym względem nie idzie tu tyle o sztuczne skrócenie I. okresu porodowego (rozwarcie macicy), jak o szybkie wydalenie płodu. Autor zwraca uwagę, że uśpienie ogólne i operacyę chore takie znoszą zwykle dobrze, że jednak najczęściej występuje poród samorodny. Karmienia należy zabronić, szczególnie, jeżeli w przebiegu ciąży występowały zaostrzenia choroby. W połogu należy bardzo skrupulatnie przestrzegać wszystkich przepisów higienicznych, o których wyżej była mowa. Położnice takie nie powinny zbyt wcześnie wstawać i tylko bardzo powoli wracać do swych zajęć domowych; natomiast należy im polecić, aby w łóżku wykonywały różne ruchy czynne i bierne.

Dr E. Ehrenpreis.

Okulistyka.

Aaron Bray. **Przypadek samorodnego zakrzepu środkowej żyły siatkówki w następstwie porodu.** (Ophthalmology 1911, Vol. VII, Nr 2). Zakrzep środkowej żyły siatkówki zdarza się najczęściej u osób w wieku podeszłym. Większość autorów za główną przyczynę zakrzepu uważa sprawę miażdżycową. U młodych osób zakrzep ten zdarza się rzadko. Autor spostrzegał u 19-letniej kobiety, dotkniętej niewyrównaną wadą zastawkową serca (stenosis et insufficientia mitralis), w dziesięć dni po ciężkim porodzie nagłą utratę wzroku lewego oka. Badanie wziernikiem wykazało typowy obraz zakrzepu środkowej żyły siatkówki, nie pozostawiający co do rozpoznania żadnych wątpliwości. Chora zmarła w tydzień po wystąpieniu tego zakrzepu. Sekcyi nie było. K. W. Majewski.

Linn Emerson. **Etyologia, patologia i leczenie towarzyszącego zezu zbieżnego.** (Ophthalmology 1911, Vol. VII, Nr 2). Autor kreśli patogenezę zeza zbieżnego i gromadzi dowody, przemawiające za istnieniem osobnego ośrodka zdolności jednoczenia obrazków siatkówkowych. Zdolność ta w przypadkach zezu bądź to nie istnieje wcale, bądź jest w mniejszym, lub większym stopniu upośledzona. Pod względem leczenia zezu zbieżnego wyraża E. przekonanie, że nigdy nie jest zawcześnie na rozpoczęcie leczenia, czyli, że go nigdy nie należy odkładać, aż dziecko będzie starsze. E. zaleca zgodnie z powszechnie przyjętemi zasadami ćwiczenia ortopedyczne, stereoskopowe i monokularne. Co do szkieł, posuwa się E. do tego, że zapisuje je dzieciom 16—18-miesięcznym, a w niektórych razach nawet w pierwszym roku życia (!). W pewnej mierze stosuje też atropinizacyę oka nie zezującego. Tam, gdzie może się spodziewać, że ćwiczenia ortopedyczne i inne przepisy lecznicze będą wykonywane sumiennie i wytrwale, odkłada operacyę do lat szkolnych, o ile byłaby jeszcze potrzebna. W innych razach operuje znacznie wcześniej.

K. W. Majewski.

Maynard. **Urazowe zwichnięcie zaćmy w zamkniętej torebce pod spojówką.** (Ophthalmology 1911, Vol. VII, Nr 2). U 48-letniego Hindusa wskutek silnego uderzenia, doznanego przez lewe oko, powstało podspojówkowe pęknięcie twardówki i zwichnięcie zaćmy, jaką miał na tem oku, pod spojówkę gałki, powyżej rogówki. Krwotok do przedniej komory był bardzo nieznaczny, rana twardówkowa wkrótce się wygoiła, a zaćmę wydobył M. przez nacięcie z pod spojówki, przyczem okazało się, że była ona zwichnięta w całości w zamkniętej torebce. Ponieważ uraz żadnych innych zmian głębszych w oku nie wywołał, przeto chory w następstwie tego wypadku odzyskał na tem oku wzrok utracony. K. W. Majewski.

Rönne. **Przypadek wrzodziejącego zapalenia twardówki.** (Opthalmology 1911, Vol. VII, Nr 2). We wszystkich podręcznikach powtarza się twierdzenie, że jednem z głównych znamion zapalenia twardówki jest brak skłonności do owrzodzenia. Odnosi się to zwłaszcza do zapalenia gośćcowego (scleritis rheumatica), występującego w postaci sino-czerwonych guzów w coraz to innych miejscach twardówki w pasie przyrogówkowym. W piśmiennictwie znalazł R. przypadek opisany przez Hirschberga w roku 1874, gdzie właśnie w takiej postaci zapalenia twardówki powstające guzy zapalne rozpadały się, tworząc mniej lub więcej głębokie, kraterowate owrzodzenia. Drugi podobny przypadek ogłosił R. przed trzema laty, a obecnie ogłasza trzeci, odnoszący się do 35-letniej kobiety, u której obraz kliniczny i przebieg tem tylko się różnił od zwyczajnego typu, że w obrębie nacieków twardówkowych stale powstawały owrzodzenia. Owrzodzenia te goiły się w miarę ustępowania nacieków, pozostawiając blizny, najpierw barwy sinej, potem szaro-łupkowej, nie różniące się od śladów, jakie zapalenie twardówki zazwyczaj po sobie zostawia. Badania anatomiczne, przeprowadzone przez innych autorów w podobnych przypadkach, wykazały w obrębie nacieku nietylko ogniska zupełnie obumarłe, ale nawet pewnego rodzaju odsłoje obumarłej tkanki (Friedland). Wobec takich spostrzeżeń nietrudno wytłomaczyć sobie powstanie owrzodzeń. Powstają one widocznie wtedy, jeżeli martwica rozpoczynająca się w środku, w głębi guzów naciekowych, obejmie zarazem warstwy powierzchowne i gdy po oddzieleniu się części obumarłej powstanie mniej lub więcej głęboki ubytek. K. W. Majewski.

Buys. **O nystagmografii u człowieka.** (Revue Gén. d'Opht. 1911, Nr 1). Ze względu na wielkie znaczenie, jakie posiada drżenie oczu (nystagmus) w symptomatologii chorób błędnika, bliższe poznanie tego objawu jest bardzo pożądane, a w niektórych przypadkach dla różniczkowego rozpoznania, wprost konieczne. Dokładniejsza analiza ruchów drgających, tak szybkich i tak drobnych, jakie znamionują »nystagmus vestibularis«, zapomocą zwyczajnego choćby najuważniejszego oglądania, zupełnie jest niemożliwa. Stąd wynikła potrzeba obmyślenia przyrządów graficznych, któreby w odpowiedni sposób znaczyły krzywą tych ruchów ocznych z najdrobniejszymi ich szczegółami. Przyrząd Buysa wspiera się na statywie dwuocznym i składa się z dwóch miseczek, zamkniętych cienką błonką kauczukową. Miseczki te umieszczone na ruchomych metalowych ramionach przypiera się błonkami do zamkniętych powiek ocznych. Drgania gałek ocznych, wciskając błonki w głąb miseczek, wywołują ciągłe zmiany ciśnienia zawartego wewnątrz powietrza, a te przenoszą się zapomocą cienkich ru-

rek kauczukowych na przyrząd piszący, zbudowany na wzór kardyosfigmografu Jaqueta. W pracy swej analizuje Buys wyniki doświadczalne, uzyskane swym przyrządem w przypadkach drżenia oczu na tle schorzeń błędnika, jakoteż w stanie fizyologicznym przy t. zw. próbie dziesięciu obrotów (na wirującem krześle). K. W. Majewski.

Nicati. **Ocena wzrokowej zdolności zarobkowej na podstawie granicznego kąta widzenia.** (Revue Gén. d'Opht. 1911, Nr 1). Autor godzi się w zasadzie na formułę Snellena, wedle której graniczny kąt jednej minuty odpowiada prawidłowej bystrości, a kąt np. 2, 5, 8 minut, bystrościom 2, 5, 8 razy mniejszym. Z tego sposobu określania bystrości wzrokowej wysnuwa N. prostą regułę dla oceny zmniejszenia zdolności zarobkowej z powodu upośledzenia wzroku. Reguła ta opiewa: Każdej minucie kątowej odpowiada $^1/_{10}$ całkowitej zdolności zarobkowej. Wartość wzrokowej zdolności do zarobkowania (VC — capacité visuelle professionnelle) określa się zatem następującym wzorem ogólnym: VC = 0·1 (11 — V). K. W. Majewski.

Éloui Pasza. **O leczeniu rzekomo błoniczych zapaleń spojówki.** (Revue Gén. d'Opht. 1911, Nr 1). Pomimo braku prątków Loefflerowskich w przypadkach rzekomo błoniczych zapaleń spojówki, leczenie zapomocą surowicy przeciwbłoniczej jest uzasadnione, bo w przypadkach ciężkich, zwłaszcza w takich, jakie się często zdarzają w Egipcie, daje ono dobre wyniki. Autor zmienił jednak sposób postępowania o tyle, że zamiast wstrzykiwać tę surowicę w większych ilościach w tkankę podskórną brzucha, wstrzykuje ją zapomocą strzykawki Prawaza w ilości 1 cm³ wprost pod spojówkę chorego oka. Wstrzykiwanie takie powtarza codziennie przez 3—4 dni z rzędu, w uporczywszych przypadkach dodaje jeszcze piąte, a nawet szóste wstrzyknięcie. Sposób ten przedstawia zdaniem jego znaczne korzyści. K. W. Majewski.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Kwas solny polecają w niedokrwistości Beebe i Rüdisch (Kl. ther. Wochs. 1910, Nr 18) do użytku wewnętrznego, 150 kropli na 300 wody w ilości 1—2 szklanek po każdem jedzeniu, opierając się na spostrzeżeniu, że w niedokrwistości złośliwej często napotyka się brak kwasu solnego w soku żołądkowym. Wyniki mieli otrzymywać bardzo korzystne. Podobnie Solger (D. med. Wochs. 1910, Nr 33) stosuje w myśl Falkensteina kwas solny (aż do 60 kropli kwasu solnego czystego, w leczeniu dny i cieszy się bardzo dobrymi wynikami. Nm.

Kwas nukleinowy lub nukleinian sodu 2% stosuje Donath (Psych. neur. Wochs. 1910, Nr 15) w porażeniu postępowem w formie wstrzykiwań w przerwach 5—7-dniowych; w 50% przypadków chorzy stali się nawet zdolni do pracy. Lépine (Lyon med. 1910, Nr 9) próbował stosować ten przetwór w innych chorobach umysłowych również z pomyślnym skutkiem. Mezernitzky zaś (Münch. med. Wochs. 1910) przypisuje lekowi temu wartość dobrego leku moczopędnego w marskości wątroby i puchlinie brzusznej; Candela y Pla (Cronic. med. 1910) opisuje wreszcie dobre skutki wstrzykiwań kwasu nukleinowego w krwotokach w toku duru, oraz zapalenia otrzewnej po operacyach. Nm.

Kwas pikrynowy jako środek keratoplastyczny w połączeniu z kokainą (0·1 acid. picrin., 0·2 cocain., 12·0 vaselini) polecają stosować w schorzeniach rogówki i spojówki, oraz przy jaglicy Fabri i Ohleman (Wochs. f. Ther. u. Hyg. d. Aug. 1910, 17) z wyjątkiem zapaleń dyfterytycznych. Nm.

Adrenalinę stosuje Pascucci (Clin. med. ital. 1909, Nr 7) w zapaleniach wysiękowych opłucnej, otrzewnej, oraz w puchlinie brzusznej w ten sposób, iż 2—8 cm³ rozczynu adrenaliny 1: 3000 wstrzykuje do jam surowiczych, co ma przyczyniać się do szybszego wessania się wysięków. Działania niekorzystnego tego sposobu leczenia nie zauważył. Nm.

Adrenochrom, żółto-zielony barwik istoty rdzeniowej nadnercza, organiczny związek siarki, stosuje Diesing (Med. Kl. 1910, Nr 13) w dnie, gośćcu stawowym, obok odpowiednich przepisów dyetetycznych, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie przetwory salicylowe i litowe nie odnoszą skutku. Dawki: 0·025—0·05 3 × dnia. Nm.

Odczyn adrenaliny podaje Ewins (Journ. of. Phys. vol. 40. p. 316) następujący: Rozczyn adrenaliny ogrzewa się z 0·10% rozcz. kalium persulphuric., przyczem powstaje silne zabarwienie czerwone. Czułość odczynu jest bardzo znaczna; wynik dodatni nawet w rozczynie 1 cz. adrenaliny na 5 milionów części wody. Nm.

Adalinę (bromdietylacetylmocznik) poleca Fleischmann (Med. Kl. 1910, Nr. 47) jako środek nasenny, oraz uspokajający w różnych stanach bezsenności w następstwie zbytniego rozdrażnienia nerwowego. Dawki 0·5—1·0 (pro dosi). Działania ubocznego, ani zbiorowego nie było. W chorobach nerwowych, a zwłaszcza w padaczce, otrzymuje Finckh (ibid.) również dobre wyniki, stosując ten przetwór. Nm.

Alkohol. Köhler (Ther. d. Geg. 1910, Nr 8) i Cheinisse (Sem. med. 1910, Nr 40) podnoszą wartość okładów alkoholowych Salzwedla w sprawach zapalnych, jak ropowicy, zanokcicach, zapaleniu żył, naczyń limfatycznych, gruczołów, jąder, dalej w półpaścu, nerwobólach, zapaleniach stawów, oraz w przewlekłym gośćcu stawowym; okłady te bardzo szybko uśmierzają bóle i usuwają zmiany zapalne. Nm.

Antitman, czyli chondroitynosiarkan sodu ma według Oestreichera, który go próbował i do lecznictwa wprowadził, działać wstrzykiwany po 0·1—0·2 na narządy dotknięte rakiem w ten sposób, iż wywołuje martwicę komórek rakowych; przedmiotowo towarzyszą wstrzykiwaniom przetworu tego charakterystyczne, dość dotkliwe bóle w narządach przez tkankę nowotworową zajętych. Nm.

Aristochinę, przetwór chininy bez smaku gorzkiego, zaleca Zerai (Pest. med. chir. Presse 1910, Nr 9) stosować w dziecięcej praktyce w durze i krztuścu na podstawie własnego korzystnego doświadczenia (100 przypadków): stosuje się w takich dawkach, jak chininę. Nm.

Arsacetyna. O ile stosowana w formie wstrzykiwań okazała się niebezpieczną, o tyle podana wewnętrznie po 5—8 kropli 10% rozczynu według Heinricha (Ther. Mon. Hefte 1910, Nr 11) może dać dobre wyniki w białaczce rzekomej, gruźlicy, łuszczycy i liszaju czerwonym. Nm.

Asurol stosują Hoffmann (Med. Kl. 1910, 27), Bänner (Berl. Kl. 1910) i inni w kile pierwszo- i drugorzędnej w postaci wstrzykiwań śródmiąższowych w ilości 2 cm³ 5% rozczynu co drugi dzień. Środek ten działa bardzo szybko i energicznie tak, iż autorowie powyżsi przenoszą go nad kalomel lub salicylan rtęci. Nieprzyjemną jednak jego stroną są silne bóle w miejscu wstrzyknięcia, które nie dają się usunąć nawet przez dodatek środka znieczulającego. Nacieków środek ten nie wywołuje. Nm.

Przy krwotokach jelitowych w durze poleca Hirtz co dwie godziny naprzemian następujące mieszaniny: 1) »Rp. Ergotini 8,0, Calc. chlor. 6,0, Aq. dest. 150«. 2) »Extract. opii 0,1, Syr. cort. aur. 60,0, Aq. dest. 140,0«. (Rf. med. 1911, S. 233). A.

Przy odrze zaleca Ferrer, celem łagodzenia przypadów i zapobiegania powikłaniom, saletrę potasową w dawkach 0,3—0,9 w 4 porcyach. (La Cron. med. XI. 1910). A.

Celem ochrony dzieci przed zakażeniem się gruźlicą od rodziców podaje Bolt (The Clev. med. Journ. VII., 1910) następujące zasady: 1) Gdy matka i dziecko

są wolne od gruźlicy, a inni domownicy są zakażeni, należy pierwszych dwoje usunąć z chorego otoczenia. 2) Gdy oboje rodzice są zakażeni, dziecko bezwzględnie powinno być od nich oddzielone. 3) Gdy dziecko jest chore na gruźlicę, a matka zdrowa, to matka może je karmić. 4) Gdy dziecko jest zdrowe, a matka chora na gruźlicę, to na karmienie dozwolić można tylko wtedy, gdy gruźlica jest u matki zamkniętą i wczesną. Gruźlica czynna wyłącza karmienie. K.

Dychawicę oskrzelową leczy Siegel ze znakomitym podobno skutkiem zapomocą miesienia wibracyjnego, przykładając peloty naraz po obu stronach ciała, dwa palce poniżej łopatki i nieco ku środkowi. (Med. Klin. Nr 20). A.

O korzystnym wyniku wycięcia tylnych korzeni (operacyi Förstera) przy wiądowych przełomach żołądkowych donosi Becker. Natomiast zjawiły się po operacyi przemijające bole i przejściowe porażenie poprzeczne. (Med. Klin. Nr 20). A.

Częściowe wycięcie tarczycy, na wzór operacyi przy chorobie Basedowa, zaleca bardzo Winslow przy przedwczesnem otępieniu (dementia praecox), zwłaszcza w jego postaci katatonicznej. (Wien. klin. ther. Wochs. Nr 9) A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z d. 7. czerwca 1911.

Obecnych 30 członków. Przewodniczy kol. Prof. Krzyształowicz, oddając na wstępie cześć bł. pam. Izydorowi Jurowiczowi, długoletniemu członkowi Towarzystwa, znanemu z zacności i prawości charakteru.

1) Kol. Prof. Kader przedstawia: a) chorą, lat 21, **z rozległemi bliznami brzucha i górnych części ud.** Blizny pochodzą od ran po oparzeniu. Oba sutki wrosły w bliznę aż w okolicy podbrzusza. Również dostęp do części płciowych jest bardzo utrudniony. Zewnętrznie ich nie widać, z powodu utworzenia się dwóch zbliznowaciałych fałdów skóry, rozpiętych między podbrzuszem, a udami nakształt zasłon. Zapomocą zabiegu operacyjnego i plastyki zamierza Prof. K. uwolnić przedewszystkiem oba sutki, wrośnięte tak nizko i bardzo napięte.

b) Chorą **po wyłuszczeniu chrząstniaka kostnawego prawej łopatki**, z częściowem jej wycięciem, a pozostawieniem wyrostka barkowego, celem wytworzenia daszku na górnej kończynie i uzyskania nowego punktu przyczepu dla mięśnia dwugłowego. Zabiegu dokonano łatwo w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą. Chora jest w 7 miesiącu ciąży.

c) Chorego chłopca z podobnym guzem — przed zabiegiem operacyjnym.

d) Porusza następnie sprawę **kamicy nerkowej**. Według doświadczenia długie czekanie na operacyę i operowanie wśród powikłań daje najczęściej złe rokowanie. Operowanie niejako »na zimno« jest niemal wolne od złych następstw. Mowca opisuje przypadek kamicy nerkowej. Silne wyczerpanie. W lewej nerce duży guz; przez przetokę, która powstała po poprzedniem nacięciu nerki, wydziela się ropa, a nie mocz. Przystąpiono wreszcie do doszczętnej operacyi. Mięsień lędźwiowo-udowy, guz, główna tętnica, wszystko razem pozrastane i zbite w jeden węzeł. Z wielką trudnością wyłuszczono wreszcie guz z jednym wewnątrz kamieniem nerkowym, wycięto kawałek moczowodu i przecięto przypadkowo z powodu niesłychanie trudnych warunków nerw udowy, który zeszyto. W pewien czas przekonano się zapomocą rentgenografii, że w reszcie nerki pozostał jeszcze jeden kamień, którego nie można było w żaden sposób domacać się podczas operacyi. Przy kamicy nerkowej oprócz tych powikłań trzeba pamiętać i o tem, że zwyrodnieniu ulega druga nerka. Pojawia się białkomocz i cały szereg przypadłości, właściwych dla zatrucia moczowego. Jeśli pozostawiony kamień sam wyjdzie, to się choroba kończy, w przeciwnym razie przychodzi ostatecznie prędzej, czy później do zejścia śmiertelnego. Nieoperowani chorzy umierają nierzadko z powodu dusznicy bolesnej, będącej następstwem zmian w nerkach. Zdaniem mowcy trzeba oszczędzać nerkę jaknajwięcej, usunąć tylko kamień, względnie wypuścić ropę, przestrzykać, lub przepłukać, jakoteż założyć opatrunek, który nieraz miesiącami całymi trzeba zmieniać.

Pomimo wszelkich pomocniczych środków rozpoznanie jest nieraz bardzo trudne.

e) Przedstawia nowotwór, wyjęty z chorego, mającego się obecnie dobrze po operacyi. Tu rozpoznanie co do przyrody i punktu wyjścia było niemożliwe. Wśród zabiegu przekonano się, że nowotwór wychodzi z wątrobowego zgięcia jelita grubego, trzustki i przedniej ściany nerki.

f) Anatomiczny okaz wyrostka robaczkowego, koło którego znaleziono śrut.

2) Kol. Radliński przedstawia: a) mężczyznę, l. 56, którego przed pół rokiem mowca operował z powodu **raka pęcherza moczowego**. Nowotwór zajmował połowę przedniej i znaczną część lewej ściany pęcherza. Dzięki doskonałemu dostępowi, uzyskanemu sposobem podanym przez Kadera, z czasową resekcyą górnego brzegu spojenia łonowego, który wraz z mięśniami prostymi odchyla się ku górze, udało się nowotwór wyciąć zupełnie doszczętnie daleko w zdrowej ścianie pęcherza. R. musiał przytem ścianę pęcherza usunąć aż do samego ujścia pęcherzowego cewki i resekować pęcherzowy koniec lewego moczowodu. Odbudowanie jamy pęcherza szwami udało się tylko częściowo, koniec moczowodu wszczepiono w lewą ścianę pęcherza, znacznie wyżej niż prawidłowo. Chory zniósł zabieg zupełnie dobrze. Obecnie objawów nawrotu niema zupełnie, pęcherz ma pojemność 50 cm, pozostała mała, stale się zmniejszająca przetoka nad spojeniem łonowem. R. podnosi, że dobry dostęp do pęcherza sposobem osteoplastycznym zapewne zmniejszy pesymizm chirurgów w sprawie operowania dalej posuniętego raka pęcherza.

b) Chłopca, lat 15, u którego dokonał **osteoplastycznej trepanacyi dekompresyjnej** z powodu objawów ucisku mózgu (tarcza zastoinowa obustronna), oraz objawów ogniskowych, które nasuwały rozpoznanie guza w mózgu w okolicy ruchowej lewej (drgawki Jacksona i niedowład następowy w kończynie górnej prawej i n. twarzowym), Guza przy operacyi nie znaleziono. Stwierdzono wybitne napięcie opony twardej i brak jej tętnienia. Po płatowem nacięciu opony mózg silnie się do otworu wpuklał, wystąpiło tętnienie mózgu. Po zmniejszeniu płatu kostnego dookoła, by zapobiedz zrośnięciu z otoczeniem, ułożono płat na miejscu i ranę zupełnie zaszyto. Przebieg pooperacyjny zupełnie gładki. Obecnie, po miesiącu, widoczny jest w miejscu operacyi wyraźnie tętniący odcinek czaszki. Zarówno objawy ogólnego ucisku na mózg, jak i objawy ogniskowe ustąpiły niemal zupełnie. Być może, że chodziło o t. zw. guz rzekomy (Nonne) lub pierwszy okres objawowego wodogłowia. Dopiero dalsze spostrzeganie chorego zapewne wyjaśni sprawę chorobową. Łącznie z tym przypadkiem omawia R. stronę techniczną trepanacyi dekompresyjnej, przedstawia zdjęcia rentgenowskie pooperacyjne z czaszek chorych, operowanych częściowo przez Prof. Kadera, częściowo przez siebie. Wyniki co do zmniejszenia ucisku na mózg były we wszystkich dodatnie, ale nierównomierne zarówno co do trwałości, jak i stopnia cofnięcia się ucisku.

W dyskusyi zabiera głos kol. Borzęcki co do chorej z rozległą blizną po oparzeniu. Sądzi, że chorą trzeba uświadomić co do niekorzystnych następstw w razie ciąży i porodu. — Dwa przypadki kol. Radlińskiego uzupełnia swymi uwagami kol. Landau (młodszy): Obą ba-

dano w ambulatoryum kliniki chorób nerwowych i jako odpowiednie do zabiegów operacyjnych, skierowano do kliniki chirurgicznej. Toteż pozwolę sobie wskazać na te szczegóły, którymi kierowaliśmy się przy odważeniu się na bądź cobądź poważny zabieg, jakim jest niewątpliwie każde otwarcie czaszki, a zatem i dekompresya. W pierwszym przypadku t. j. u chorego K. W., liczącego lat 11, stwierdziliśmy obok podmiotowych objawów, przemawiających za wzmożeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego, napady drgawek o charakterze drgawek Jacksona w mięśniach twarzy i ręce po stronie prawej, z pozostawieniem wybitnego niedowładu ręki i ośrodkowego niedowładu nerwu twarzowego, wzmożenie odruchu kolanowego, a osłabienie odruchu podeszwowego w kończynie dolnej prawej, wreszcie obustronne zapalenie nerwów wzrokowych z obrzękiem, nieco większym po stronie lewej. Odczyn Wassermanna wypadł ujemnie. Wobec tego rozpoznaliśmy, po wyłączeniu wszelkich innych przyczyn dających podobne objawy, nowotwór w okolicy ośrodków ruchowych po stronie lewej i wobec objawów wyraźnie wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, uważaliśmy zabieg operacyjny za wskazany ze względu na nerwy wzrokowe. O operacyi i o dalszym przebiegu choroby po zabiegu, wspomniał już kol. Radliński. Od siebie dodam tylko, że wynik zabiegu operacyjnego jest w tym przypadku bardzo pomyślny, wobec tego, że chory niema już od 20 dni drgawek Jacksonowskich, że obrzęk zastoinowy tarcz nn. wzrokowych ustąpił prawie zupełnie, pozostawiając jedynie tylko bardzo nieznaczne zatarcie granic, że wreszcie osłabienie prawej kończyny górnej jest obecnie nieznaczne. Utrzymuje się natomiast i nadal lekki niedowład nerwu twarzowego i różnica w odruchach kończyn dolnych. Wobec tego, że zabieg operacyjny nie wykazał obecności nowotworu w operowanem miejscu, nasuwają się dzisiaj pewne wątpliwości co do obecności nowotworu wogóle i być może, że w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z objawami tak zwanego wrzekomego nowotworu Nonnego, który najczęściej przebiega pod obrazem nowotworu ośrodków ruchowych. Ponieważ jednak klinicznie żadnych nie mamy kryteryów, prócz ewentualnie dalszego dopiero przebiegu, dla zróżniczkowania obu tych obrazów chorobowych, przeto nie braliśmy go w rachubę przy stawianiu wskazania do zabiegu operacyjnego. W drugim przypadku, chorej S. R., liczącej lat 32, wobec bardzo wybitnych objawów ogólnych, jak gwałtownych bolów głowy, silnych zawrotów, wymiotów i tarczy zastoinowej, rozpoznanie nie nasuwało żadnych wątpliwości. Wobec rozsiania jednak objawów ogniskowych, t. j. porażenia nerwu odwodzącego lewego, drgawek Jacksona w mięśniach twarzy i połowiczego kurczowego niedowładu miernego stopnia po tej samej stronie, a podeszwowego objawu Babińskiego i po stronie prawej, wobec chodu móżdżkowego wreszcie — określenie siedziby zmian chorobowych napotykało na dwie trudności. O charakterze nowotworu nie można było powiedzieć nic pewnego, jakkolwiek kilak bardzo poważnie wchodził w rachubę wobec dodatniego odczynu Wassermanna z krwi i płynu mózgowordzeniowego i wobec tego, że chora od kilku już lat miała bardzo znaczne upośledzenie wzroku na oku lewem, a badanie wziernikiem wykazało zanik tegoż właśnie nerwu wzrokowego. Mimoto jednak, a raczej dlatego właśnie zdecydowaliśmy się na możliwie szybką dekompresyę, wychodząc z założenia, że wobec objawów tak silnie wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego i wobec istniejącego już zaniku nerwu wzrokowego oka lewego, może dojść do zupełnej ślepoty, zanim jeszcze leczenie swoiste odniesie jakikolwiek skutek. Za najodpowiedniejsze miejsce dla dekompresyi uważaliśmy okolicę ośrodków ruchowych po prawej stronie, a to dlatego, że największą ilość objawów można było odnieść do tego właśnie miejsca. I w tym przypadku nastąpiła po operacyi poprawa, ale jedynie tylko w kierunku objawów podmiotowych. Przedmiotowo utrzymuje się stan taki sam, jak i przed operacyą, a przedewszystkiem nie można stwierdzić żadnej poprawy w zakresie nerwów wzrokowych. Jako bardzo ciekawy szczegół podnieść tu muszę to, że chorą leczono przez cały czas pobytu na klinice chirurgicznej swoiście. A jednak i leczenie swoiste nie odniosło tu żadnego skutku. Wskazuje to na to, że dodatni odczyn Wassermanna nie może jeszcze rozstrzygać o charakterze guza. Zaznaczam jednak, że daleki jestem od przypuszczenia, ażeby z braku wyników leczenia swoistego można było z wszelką pewnością wyłączać guz pochodzenia kiłowego. Chciałem tylko podnieść, że jakkolwiek przy dodatnim odczynie Wassermanna z płynu mózgowo rdzeniowego, należy w podobnych przypadkach przedewszystkiem myśleć o kilaku i stosować leczenie swoiste, to jednak przy braku poprawy nie zwlekać długo, lecz operować z uwagi na to, że i w przypadkach zupełnie pewnej kiły, nowotwór może być innego pochodzenia. W obu zatem przypadkach uzyskaliśmy poprawę w następstwie zabiegu operacyjnego. W pierwszym jest ona nadspodziewanie dobrą, bo prawie zupełną, w drugim zaś przypadku, podobnie jak i w trzecim, operowanym przed kilku miesiącami, była ona tylko czasową. Ten trzeci przypadek z tego jeszcze powodu zasługuje na wzmiankę, że po dekompresyi wszystkie prawie i to bardzo ciężkie objawy ogólne ustąpiły na szereg tygodni, a co najważniejsza, że i zapalenie nerwów wzrokowych z obustronnym obrzękiem znikło bez śladu. W dekompresyi mamy więc niewątpliwie znakomity środek, chociażby czasowego tylko zwalczania owych ciężkich objawów, towarzyszących nowotworom mózgu i zapobiegania na szereg miesięcy, a nieraz i lat, wytworzeniu się zaniku nerwów wzrokowych z zupełną ślepotą, nie mówiąc już o tem, że w pewnych nielicznych przypadkach nowotworów mózgu (glejaków) dekompresya już sama przez się, bez usunięcia nowotworu, zapobiegła dalszemu jego rozwojowi i powróceniu się objawów, towarzyszących nowotworom mózgu.

3) Odczyt kol. Kostrzewskiego: **Odczyn Freund-Kaminera. Serodyagnostyka raka.**

Sekretarz doroczny: Dr Grzybowski.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Walne zebranie Wydziału lekarskiego z dnia 29 kwietnia 1911

Po zagajeniu przez prezesa kol. Radcę Fr. Chłapowskiego obejmuje na życzenie zebrania przewodnictwo kol. Rekowski.

1) Kol. Mieczkowski przedstawia a) **wyjęty gruczoł tarczowy przy chorobie Basedowa.** 35-letni chemik przed dwoma laty zaczął narzekać na bolesność w brzuchu, stracił 50 funtów na wadze. Silne charłactwo. W lutym tegoż roku stwierdzono chorobę Basedowa. Mimo stosowania rozmaitych leków nie było żadnej poprawy, wobec czego podjął M. operacyę. Przy leczeniu operacyjnem śmiertelność obecnie wynosi tylko 3%, 80—85% jest wyleczeń, 10% pozostaje bez skutku. Zachodzi pytanie, ile gruczołu wyjąć? M. wyciął prawy płat i węzinę. Po operacyi ustąpiła dychawica sercowa, poty, rozwolnienia się zmniejszają. Drżenie i nieregularność tętna jeszcze się utrzymują. Gdyby dotychczasowy rękoczyn nie wystarczył, będzie trzeba wyjąć jeszcze drugi płat. 2) Następnie przedstawia M. wola zwykłego miąższowego, wreszcie 3) pęcherzyk żółciowy z kamieniami z przypadku przed operacyą przez lekarzy nie rozpoznanego; brak żółtaczki; po rękoczynie czas jakiś żółć odpływała przez ranę.

W dyskusyi zaleca Radca Chłapowski co do przypadku choroby Basedowa ostrożność, by nie wyjąć gruczołków przytarczycznych; dlatego należy z drugiej strony wyjąć tylko górną część. — Kol. Jezierski: Operacyę utrudniało napięcie naczyń do 153, które opadło potem na 111. Rozwolnienie tłomaczy się zastoiną przy tak słabem sercu. Czy chodzi rzeczywiście o chorobę Basedowa, rozstrzyga badanie krwi. Obecnie tłomaczą objawy choroby Basedowa nie hy-

pertyreoidyzmem, lecz dystyreoidyzmem. — Kol. Mieczkowski: Przy chorobie Basedowa gruczoł tarczowy nie koniecznie bywa powiększony; mogą być wole podmostkowe albo za przełykiem. — Kol. Pomorski operował przypadek zapalenia pęcherzyka żółciowego z żółtaczką i gorączką septyczną do 41·5⁰. P. zrobił cholecystostomię i okazało się, że pęcherzyk był bardzo gruby, objawy zaś wychodziły od trzustki, silnie zgrubiałej prawdopodobnie wskutek zapory przy ujściu. Operacya usunęła gorączkę i dolegliwości.

2) Kol. Kroll przedstawia a) mężczyznę **z gruźlicą żeber,** podnosząc, że u dzieci należy postępować więcej zachowawczo, u dorosłych doszczętnie; w danym przypadku K. resekował 3 żebra, ubytek zgoił się bez przeniesienia skóry; b) kobietę **z gruźlicą kości łonowej.** Rozpoznanie dość trudne; albo w chrząstce albo w kości istniał ropień z wydzielaniem martwaków; czasem rozeznawano go jako przepuklinę; K. usunął przy operacyi górną część spojenia łonowego, c) mężczyznę, który **po pęknięciu wrzodu żołądka** przeszedł zapalenie ogólne otrzewnej; pęknięcie wrzodu nastąpiło przy ściąganiu buta; pomimo, że już minęło 28 godzin od początku zapalenia otrzewnej, przepłukanie 6 litrami rozczynu solnego i sączkowanie otrzewnej uratowało chorego.

3) Kol. Pomorski przedstawia: a) dziecko 6-letnie, które z lewej strony nie ma uda, tylko klin kostny, mimo to dziecko umie chodzić. Sprawa tłomaczy się uciskiem przez owodną; b) dwuletnie dziecko z zupełnem **porażeniem nerwu sprychowego** przy połogu; P. zamierza przeszczepić nerw łokciowy, odsłoniwszy przedtem splot, by się przekonać, czy nie ma przedarcia albo zrostu.

W dyskusyi zaznacza Radca Chłapowski, że podobny przypadek skrócenia kości widział. Nie należy jednak wszystkich takich przypadków tłomaczyć teoryą ucisku ze strony owodni. Co do drugiego przypadku, to skoro się nie ma pewności, że brak zwyrodnienia, nie warto operować. — Kol. Skoczyński: Jeśli nerw wyrwany, to nie ma widoków poprawy; jeśli jednak zachodzi ucisk przez bliznę, to można przez usunięcie jej sprawność przywrócić. Czasem dopiero po 15 miesiącach poczyna wracać sprawność po transplantacyi.

4) Kol. Nowakowski przedstawia a) stwierdzone przez rentgenogram złamanie miednicy; b) **porażenie rdzeniowe** nogi, operowane z dobrym skutkiem; c) rentgenogram zupełnego **zrostu w stawach biodrowych.**

5) Kol. Krysiewicz pokazuje dziecko z **niedomykalnością zastawki trójdzielnej** i **zwężeniem ujścia tętnicy płucnej.**

6) Wykład kol. Steinborna z Torunia: **O serodyagnozie kiły.** Mowca przedstawia rozwój serodyagnozy na podstawie badań dotychczasowych oraz pokazuje dokładnie technikę.

W dyskusyi kol. Karwowski dziękuje mowcy specyalnie za pokazanie praktycznego wykonania rękoczynu, który kolegom niespecyalistom jest bardzo trudno zrozumiały. Jakie należy wysnuwać wnioski z odczynu pod względem rokowania i leczenia? Mowca jest tego zdania, że główną zaletą odczynu jest rozpoznanie kiły nawet w takich przypadkach, gdzie brak zupełny wszystkich innych objawów. Co do rokowania zaś i leczenia, to odczyn W. nie może być bezwzględną wskazówką, inaczej nieraz całe życie możnaby chorego męczyć kuracyami. Stosować się pod tym względem należy do odczynu tylko w pewnych granicach. — Kol. Skoczyński odmawia odczynowi nawet wartości rozpoznawczej, gdyż odczyn właśnie tam nieraz zawodzi, gdzie rozpoznanie jest bardzo ważne np. przy nowotworach złośliwych. — Kol. Karwowski nie podziela zdania preopinanta, przyznaje jednak, że nieraz przy kile mózgowej w płynie rdzeniowym odczyn jest ujemny i czasem dopiero po prowokacyi przez rtęć staje się dodatnim, w większości zaś przypadków porażenia postępowego jest dodatni. Byłoby fatalnem, gdyby lekarze mieli się spuszczać tylko na jeden odczyn surowicy, a nie uwzględniać reszty objawów.

7) Kol. Falgowski pokazuje przypadek **zaśniadu groniastego przy porodzie bliźniaczym.** Przypadek taki zdarza się raz na sto lat. Kobieta 36 l. (II para) odbyła poród prawidłowy zdrowego dziecka, poczem odszedł guz, składający się z prawidłowego łożyska, złączonego z drugiem łożyskiem, które wraz z kilkoma luźnymi kawałkami tworzy zaśniad.

W dyskusyi powątpiewa kol. Łazarewicz, czy chodzi o ciążę bliźniaczą. — Kol. Falgowski dowodzi, że preparat wskazuje rzeczywiście na ciążę bliźniaczą.

Wreszcie kol. Franciszek Zakrzewski gorąco poleca wzięcie udziału w Zjeździe krakowskim.

Adam Karwowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XIII posiedzenie Wydziału lekarskiego w d. 25. II. (10. III.) 1911.

Obecnych członków 20, gości 4. Przewodniczy prezes O. Czeczott.

Prezes podaje do wiadomości, iż w tych dniach »Związek« poniósł nową stratę przez śmierć swego członka, radcy stanu Dr Kazimierza Drzniewicza i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr Wacław Zdanowicz odczytał rzecz p. t. **W sprawie autoseroterapii przy wodniaku (hydrocele).** Prelegent podaje na wstępie krótki zarys istoty wodniaka, przytacza sposoby operacyjne (Bergmanna, Volkmanna i Winkelmanna) stosowane obecnie, a potem przechodzi do metody autoseroterapeutycznej. Scharakteryzowawszy najpierw tę metodę, polegającą na tem, że płyn wysiękowy, wypuszczony w pewnej ilości z dotkniętego cierpieniem narządu, zostaje wprowadzony z powrotem temuż samemu choremu, lecz pod skórę i w ilościach około 2—3 cm. sz., podaje prelegent dane z piśmiennictwa w tej sprawie, z których wynika, że po raz pierwszy metodę tę zastosowali Gilbert i Fede w r. 1894 przy wysiękach opłucnej; potem podaje prelegent szereg danych co do stosowania tej metody przy puchlinie brzusznej (ascites). Co się tyczy wodniaka, to Bertelon z pomyślnym skutkiem stosował autoseroterapię w 2 przypadkach tego cierpienia. Prelegent przytoczył krótko przebieg 5 przypadków, w których stosował autoseroterapię przy wodniaku z pomyślnym wynikiem. W dwóch przypadkach nastąpił nawrót, jednak w stopniu o wiele mniejszym, niż przed stosowaniem zabiegu; w jednym przypadku dla osiągnięcia pożądanych wyników wypadło wykonać 4 wstrzyknięcia w odstępach 5—6 dniowych; nareszcie w 2 przypadkach już jednorazowe wstrzyknięcie wywołało ustąpienie wodniaka. Co do wykonania zabiegu, to prelegent wypuszczał 4—10 cm. sz. cieczy wysiękowej i następnie zastrzykiwał powtórnie 2 cm. sz. tegoż wysięku. Każde wstrzyknięcie stale wywoływało znaczne zmniejszenie się, a nawet zniknięcie wysięku. Dalsze doświadczenia powinny ustalić ściślejsze wskazania co do okresu sprawy, w którym najlepiej stosować tę metodę przy wodniaku, ustalić też ściślejsze dawkowanie, odstępy czasu, w których należy ponawiać wstrzykiwania, jakoteż i ilość cieczy, którą należy wypuszczać. Wielkie zalety tej metody, prostota wykonania, zupełna nieszkodliwość i szybkie skutki leczenia, powinny zdaniem prelegenta zachęcić do jej wypróbowania szerszy ogół lekarzy.

Dyskusya: Prof. Ziemacki podkreśla, że sprawa autoseroterapii jest obecnie na dobie, a zdaniem mowcy, metoda ta wobec nieszkodliwości i szybkich skutków ma wielką przyszłość; mowca przytacza wyniki osiągnięte przy puchlinie brzusznej (ascites). — Dr Zboromirski: Pomyślne wyniki zabiegów autoserotcrapeutycznych przy wodniaku, jak również i przy innych sprawach wysiękowych, dałyby się objaśnić z punktu widzenia serologicznego. Wysięk można

uważać za ciało obce dla ustroju, który się broni wytwarzaniem pasu ochronnego. Wysięk wprowadzony do ustroju gra rolę antygenu, który wywołuje powstanie niweczników (anticorps). Co do charakteru niweczników, to najwłaściwiej przypuścić, że są to lizyny, rozpuszczające ziarninę pasu ochronnego i ułatwiające wessanie cieczy wysiękowej. Zabiegi chirurgiczne jakby potwierdzają takie przypuszczenie, gdyż zasadniczym warunkiem zapobieżenia nawrotom jest usunięcie całkowite ziarninowo zmienionej osłony. Ongi proponowane przecięcie podskórne osłony również świadczy, że w tych zabiegach chodziło o usunięcie owego wału obronnego, jaki wytwarza ustrój. Wchłonięta przez naruszony pas ochronny ciecz może już działać w charakterze antygenu i wywoływać w dalszym ciągu rozpuszczenie rzeczonego pasa ochronnego. — Prof. Ziemacki wyraża zdanie, że tak puchlinę brzuszną jakoteż wodniaka jądra wywołują przyczyny mechaniczne, i wobec tego sądzi, iż wyjaśnienia z punktu serologicznego bynajmniej tej sprawy nie wyświetlają. — Prof. Czeczott zauważa, iż nie należy przypuszczać, ażeby pod wpływem wstrzyknięcia wysięku usuwały się przyczyny mechaniczne i w danym razie rzeczywiście trzeba szukać innego objaśnienia wobec pomyślnych wyników. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

II) Prof. Dr Józef Ziemacki wypowiedział rzecz p. t. **Przypadek gruźlicy nerki i moczowodu (nephrectomia).** Prelegent przytoczył własny przypadek, tyczący się 45-letniej kobiety, która była blizką śmierci. Prelegent dokonał operacyi, wyciął gruźliczo zmienioną nerkę, a potem stosując wstrzykiwania tuberkuliny, zupełnie przywrócił chorej zdrowie. Mowca przedstawił wyciętą nerkę.

Dyskusya: Prof. Zaleski zapytuje, dlaczego prelegent wyciął nerkę, jeżeli tuberkulina daje tak dobre wyniki. — Prelegent przypuszcza, że jeżeli mówca obejrzy wyciętą nerkę, to nabierze przekonania, iż wobec zupełnego jej zniszczenia nie mogła ona pełnić swych czynności. — Prof. Czeczot przeprowadza zestawienie z rakiem. Na początku po wycięciu nowotworu stan się polepsza, po niejakim zaś czasie choroba się ponawia; to też stosując tuberkulinę i po wycięciu nerki, przez to samo zapobiegamy nawrotom choroby. — Prof. Zaleski: Wobec tego, iż przy gruźlicy płuc pod wpływem działania tuberkuliny ogniska gruźlicze podlegają zwapnieniu, należałoby przed podjęciem operacyi wypróbować stosowanie tuberkuliny. — Dr Al. Karnicki podnosi, że we Francyi w gruźlicy kości u dzieci tuberkuliny nie stosują, pomimo to wyniki są bardzo dobre. Mówca jest zdania, że jeżeli tylko operacyę w takich razach wykonano we właściwym czasie, to da ona dobre wyniki. — Prof. Czeczott nie może pogodzić się co do zestawienia z płucami; płuca zajmują wielką przestrzeń, nerka zaś małą, a prócz tego czynności jej nie może nic zastąpić. — Prelegent dodaje, iż przypuszczał, że chora operacyi nie wytrzyma, ze względu jednak na to, że druga nerka była jeszcze zdrową, postanowił spróbować operacyi. — Dr Biron przypuszcza, że w danym razie tuberkulina mało pomogła, a uratowała chorą tylko operacya i wypowiada zdanie, iż pokładać wielkich nadziei w tuberkulinie nie należy; im wcześniej chory podda się operacyi, tem lepiej. Stosując wogóle tuberkulinę, nie porzucamy i innych zabiegów leczniczych, więc w razach pomyślnych trudno orzec, co mianowicie pomogło. — Dr Uliński zwraca uwagę na często zdarzające się błędy w rozpoznawaniu spraw ropnych w nerkach i jajnikach i przytacza odpowiedni przypadek. — Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za nader pouczający odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Podano do wiadomości, iż Towarzystwo Muzeum etnograficznego w Krakowie nadesłało swój statut. 2) Prof. Zaleski wita w serdecznych wyrazach przybyłego z Wiednia Dra Harajewicza i Dra fil. i med. Wandę Szczawińską z Paryża, znaną ze swych licznych i doniosłych prac w dziedzinie nauk przyrodniczych i nauki o chorobach dziecięcych. 3) Prof. Zaleski podaje do wiadomości, że obecna na posiedzeniu Dr Jadwiga Bukowska, która jest lekarką tutejszego domu wychowawczego, wyjeżdża wkrótce do Mandżuryi z ekspedycyą dla walki z dżumą. Prezes w imieniu Zgromadzenia składa Dr Bukowskiej serdeczne życzenia powodzenia. 4) Prof. Ziemacki zabiera głos w sprawie pomocy lekarskiej dla uczącej się młodzieży w Petersburgu. Zgromadzenie uchwala, aby wydrukować nazwiska, godziny przyjęć i adresy tych lekarzy, którzy się dotąd zapisali na liście i listę rozesłać członkom »Związku« wraz z odezwą; w ten sposób ci, którzy się zapisali, będą mogli w razie potrzeby wpisać odpowiednie sprostowania, inni zaś będą mogli dołączyć swe nazwiska. Potem nastąpi ostateczne wydrukowanie listy. 5) Uchwalono, iż 11 marca odbędzie się ogólne posiedzenie »Opieki lekarskiej« w sali Zarządu Rzym. Kat. Tow. Dobroczynności. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

(18—22 lipca 1911).

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

W sekcyi medycyny wewnętrznej:

75) B. Sabat (Lwów): a) Przyczynek do rentgenologicznych badań przypadków guzów przysadki mózgowej. b) Z rentgenologii nowotworów w klatce piersiowej. c) Przyczynek do rentgenologii tętniaków (tętniaki tętnicy bezimiennej w obrazie rentgenowskim). d) O nowszych metodach rentgenologicznego badania serca i ich znaczeniu w dyagnostyce chorób serca. 76) Sabat i Doc. Orzechowski: Wyniki rentgenologicznego badania epileptyków. 77) Zanietowski (Kraków): a) O dyagnostycznych i leczniczych metodach własnych w świetle uchwał międzynarodowych konferencyi i Zjazdów. b) Znaczenie myografii i neuramobimetryi dla neurologii i medycyny wewnętrznej. c) Kilka kart z podręczników własnych o elektromedycynie. d) Rzut oka na pięćdziesięcioletni rozwój krajowej balneologii oraz na udział krakowskiego Towarzystwa lekarskiego i polskiego Towarzystwa balneologicznego w tym rozwoju. 78) Prof. Raczyński (Lwów): Rola prątka błoniczego w płonicy. 79) Progulski (Lwów): a) Przyczynek do znajomości zapaleń ropnych opon mózgowo-rdzeniowych. b) O żywieniu osesków mlekiem kobiecem konserwowanem.

Komitet gospodarczy Zjazdu otrzymał dotychczas od uczestników bardzo mało zgłoszeń o mieszkania. Wobec licznie zapowiadającego się udziału gości, a stosunkowo niewielkiego wyboru mieszkań, komitet zaleca rychłe nadsyłanie zgłoszeń, gdyż im wcześniej nadejdą, tem zgodniej z życzeniami zamawiającego będą mogły być załatwione. Spóźniający się będą musieli poprzestawać na mieszkaniach gorszych, ewentualnie komitet wcale nie będzie mógł w ostatniej chwili mieszkań w dostatecznej liczbie i jakości dostarczyć. Zgłoszenia z wyraźnem podaniem rodzaju żądanego mieszkania, jego ceny, ilości łóżek i czasu przybycia nadsyłać należy pod adresem Prof. Dr Jana Piltza, Kraków, ul. Kopernika 23. Do zgłoszeń, stosownie do uchwały komitetu, dołączyć należy zadatek w wysokości połowy ceny najmu mieszkania za cały czas pobytu.

Komitet gospodarczy przypomina uczestnikom Zjazdu § 8 ustawy Zjazdów: »Pragnący być członkami lub uczestnikami Zjazdu, powinni się zgłosić najpóźniej na dwa tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu do Wydziału gospodarczego i złożyć wkładkę«, która wynosi dla członka 20 koron, dla żony członka 10 koron, u podskarbiego Zjazdu Prof. Dra Stanisława Dobrowolskiego, Kraków, ul. Podwale 2.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Stały komitet Zjazdów neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, w skład którego wchodzą z Warszawy — Dr E. Flatau, Dr W. Gajkiewicz, Dr W. Męczkowski, Dr St. Orłowski, Dr R. Radziwiłłowicz i Dr W. Weryho; z Poznania —

Dr Janta-Połczyński, Dr S. Szuman i Dr K. Wize; ze Lwowa — Prof. H. Halban, Doc. K. Orzechowski i Prof. K. Twardowski i z Krakowa — Prof. W. Heinrich, Prof. J. Piltz i Dr A. Rydel, postanowił urządzić II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w roku 1912 w Krakowie.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stanisław Wyszyński, rodem z Drewnowa w Król. Polskiem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. VI. do 1. VII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych — † —), krztuśca 6 † 2 (— † —), ospy wietrznej 4, płonicy 8 † 1 (1 † 1), odry 9 † — (— † —), duru brzusznego 5 † — (4 † —), duru osutkowego 1 † — (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 4, tężca 1 † — (1 † —).

Dr Janiszewski.

Z różnych stron. Muzeum przemysłowo-techniczne we Wiedniu (das Technische Museum für Industrie und Gewerbe), nadesłało nam z prośbą o ogłoszenie odezwę, zapraszającą do składania w darze dla tego muzeum odpowiednich przedmiotów. Jeden z działów tego nowo utworzonego muzeum, którego gmach, zajmujący 20.000 m² powierzchni, ukończony wkrótce zostanie, obejmuje przyrządy naukowe, a osobny także dział utworzą przedmioty, odnoszące się do urządzeń higienicznych i do higieny przemysłu. Dokładniejszych wiadomości udziela biuro muzeum (Wien I. Ebendorferstrasse Nr 6).

— Ze sprawozdania Towarzystwa »Domu dla lekarzy« we Francensbadzie wynika, że liczba członków Towarzystwa wzrosła w ostatnim roku ze 133 na 228, a majątek doszedł kwoty 23.848 kor. Budynek, rozpoczęty w jesieni r. z., został z wiosną r. b. wykończony; koszt jego wynosił 90.000 kor. Na parterze i I. piętrze mieści się oprócz jadalni, salonów i t. p. 11 pokoi dla lekarzy, II i III piętro zawiera mieszkania czynszowe, dostarczające środków utrzymania domu. Na r. b. zgłosiło się o miejsce w domu 36 kolegów.

— Dr Luksch, oskarżony o wywołanie w Czerniowcach w r. 1908 przez nieostrożność zakażenia i śmierci dwóch ludzi (podczas centryfugowania pękła probówka z drobnoustrojami), a który został na rozprawie sądowej zrazu uwolniony, obecnie wskutek sprzeciwu prokuratora został przez sąd kasacyjny skazany na 14 dni aresztu, a to z powodu, że centryfugowanie odbywało się w Zakładzie badania środków spożywczych, co sprzeciwia się rozporządzeniu ministeryalnemu. X.

— Żywotną sprawę kuchni w szpitalach i klinikach porusza Prof. Schmidt z Halle (Med. Klin. Nr 24). Dawniej budowano szpitale małe i kuchnie były przy każdym z nich podobne do kuchni w domach prywatnych, zwykle w suterenach przy mieszkaniach służby. Z czasem jednak zaczęto budować szpitale duże, pawilonowe, co znów doprowadziło do tworzenia jednej wielkiej kuchni centralnej; z jednej strony dozwala to na większy komfort w lokalach kuchni samej, a z drugiej wpływa dodatnio na jakość sporządzanych potraw, oszczędzając przytem kosztów. Niestety taka centralna kuchnia (najwyżej może ona funkcyonować na 1000 osób) ma też liczne wady. Przedewszystkiem potrawy trzeba z kuchni transportować do odległych nieraz pawilonów, a z drugiej strony przy kuchni centralnej, obliczonej na gotowanie masowe, trudno bardzo o indywidualizowanie dyety dla poszczególnych chorób. Starano się temu zapobiedz przez tworzenie mniejszych kuchenek przy oddziałach, zwłaszcza zaś przy oddziale chorób wewnętrznych. Zwykle 20% chorych na choroby wewnętrzne potrzebuje specyalnej dyety. Powszechnie obecnie stosują 5 rodzajów dyet: 1) Dyeta próbna Schmidta. 2) Dyeta mleczno-roślinna (odtłuszczająca, przy dnie, nerkowa i t. p.). 3) Dyeta mięsna (dla cukrzyczych). 4) Dyeta dla chorób przewodu pokarmowego. 5) Dyeta płynna ew. ścisła. X.

Mianowani: docenci Jesensky, Samberger i Cisler w Pradze profesorami tytularnymi, doc. Völker profesorem anatomii w Pradze, prof. Hayem profesorem kliniki lekarskiej w Paryżu.

Powołani: fizyolog prof. Trendelenburg z Gryfii do Insbrucku.

Zmarli: Profesor nadzwyczajny anatomii patolog., Dr Hibler w Insbrucku z powodu zakażenia się przy sekcyi;

Dr Paweł Sawicki z Wilna w 60 r. ż. w Warszawie; Dr Aleksander Fabian w 63 r. ż. w Łodzi; Dr Dreifach, lekarz okręgowy z Łąki koło Sambora (na dur osutkowy); Dr J. Wyzgo, lekarz miejski w Wilnie (poprzednio w Trokach, Dziśnie i Święcianach), b. radny m. Wilna (w ciągu 25-lecia 1876—1901), w Wilnie.

Redakcya otrzymała: XXIX. Sprawozdanie kasy im. Mianowskiego za rok 1910. — Maziarski: Recherches cytologiques sur les phénomènes sécrètoires dans les glandes fièces des larves des Lépidoptères. »Archiv f. Zellforschung« 1911. — Prof. Fronz: Tuberkulose und Schule. Berlin 1910. — A. Karwowski: Paraurethrale, im Anschluss an einen gonorrhoischen Abscess hervorgetretene Cyste. »Monatshefte f. prakt. Derm.« 1911. — W. Mutermilch: Z biochemii lipoidów i hormonów. Warszawa 1911. (Wende i Ska). — Bujwid: Über die Wirkung des Lichtes auf Bakterien unter besonderer Berücksichtigung der ultravioletten Strahlen. »Viertelj. f. Gesundh.« 1911. — J. Jaworski: Pisma lekarskie. 1908. — Vasconcellos: Relatorio pelo director geral de saude publica. Rio de Janeiro 1911. — H. Halban: 1) W sprawie rokowania i leczenia porażenia postępowego. 2) O porażeniu postępowem w wieku młodocianym. »Tyg. lek.« 1911.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1911.

Gazeta lek. Nr 22—26. Dobrucki: O kilku rzadszych objawach zapalenia wyrostka robaczkowego (22). — Al. Żebrowski: Przyczynek do kazuistyki złośliwych nowotworów ucha (22). — Wyleżyński: W sprawie szczepień ochronnych przeciw płonicy (22). — J. Jaworski: Rozmieszczenie lekarzy i akuszerek w guberniach Królestwa Polskiego (22). — B. Sawicki: W sprawie kształcenia lekarzy u nas (22). — Szumlański: Kasa wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot (22). — Karwacki: O morfologii krętków Obermeiera hodowanych w pijawce (23—25). — Dunin-Karwicka (dok. 23—24). — Skłodowski: O zapaleniu pęcherzyka żółciowego w kamicy (24—26). — Sadkowski: Wskazania i przeciwwskazania do przepłukiwań żołądka (25—26). — Rzętkowski: W sprawie wpływu salwarsanu na ustrój ludzki (26).

Medycyna i Kronika lek. Nr 22—26. Leyberg: O tuberkulidach skóry i ich znaczeniu w rozpoznawaniu gruźlicy (22).— Alfred de Michelis: Kilka słów o intubacyi (22). — Raszkes: Przyczynek do nowych metod operacyjnych w położnictwie (22). — Tuchendler: Sprawy chorobowe dolnego odcinka kiszek w świetle badań rektoskopowych (22). — Dembicki: Przyczynek do badania otworów świdrowych i solanki Ciechocińskiej (22). — H. Fidler: Zarys dziejów leczenia gruźlicy oraz przewidywania na przyszłość (22). — A. Jarosiński: Uwagi o szpitalnictwie w gub. Siedleckiej (22). — A. Jarosiński: Stanowisko i byt lekarza wiejskiego u nas (22). — T. Łapiński: Leczenie padaczki (22). — Łuczycki: Przyczynek do walki z padaczką w Królestwie Polskiem (22). — Okuszko: Zadania lekarza w wielkich przedsiębiorstwach przemysłowych przy obecnej organizacyi fabrycznej pomocy lekarskiej (22). — Pełczyński: Rzeczoznawstwo sądowo-lekarskie na prowincyi (22). — B. Łuczycki: Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi (22). — Pełczyński: Praktyka walki z chorobami zakaźnemi w Radomiu. (22). — Putterman: O pracowniach dyagnostyczno-analitycznych prowincyonalnych (22). — St. Skalski: Lekarz fabryczny w roli rzeczoznawcy (22). — J. Zawadzki: O ubezpieczeniu lekarza i jego rodziny (22). — Zapasiewicz: Pestis bubonica (23—25). — Halpern: O przemianie materyi w przypadku astenii napadowej (24—26).

Tygodnik lekarski Nr 22—26. Halban (dok. 22—25). — Papée (dok. 22). — Dr M. Lateinerówna: O zachowaniu się wskaźnika redukcyjnego (podług E. Mayerhofera) w prawidłowym i patologicznym płynie mózgordzeniowym (23—24). — Poczobut: Odpowiedź Prof. Witołdowi Orłowskiemu na Jego artykuł pomieszczony w Nr 19. Lwow. Tyg. lek. bież. roku (23).— Wisłocki: Nowa metoda leczenia i zaopatrywania korzeni zębów, zwłaszcza uległych zgorzeli miazgi (25). — Dr Napoleon Gąsiorowski: Pouczenie o pobieraniu i przesyłaniu próbek do bakteryologicznego badania rozpoznawczego (25—26). — Skórczewski i Wasserberg: Czy istnieje związek między drażnieniem nerwu błędnego i współczulnego, a składem krwi zmienionym pod wpływem działania swoistych trucizn (26).

Nowiny lek. Nr 6. M. W. Herman (c. d.). — Bugiel (dok.). Fr Chłapowski: O wzajemnem na siebie oddziaływaniu gruczołów wkrewnych, t. j. wydzielających na wewnątrz i o ich wpływie na cały ustrój. — Dziembowski: O hormonach. — Łazarewicz (c. d.).

Przegląd pedyatryczny Tom III. Z. 2. H. Goldszmit: Niedziela lekarza. — M. Biehler i B. Korybut-Daszkiewicz: Kilka słów o błonicy jamy nosowej u dzieci. — Bondy: Kilka spo-

strzeżeń z powodu epidemii ospy wietrznej. — J. Kramsztyk: Przypadek krwawiączki u sześcioletniego chłopca.

Postęp okulistyczny Nr 5. Ziemiński: Krwotok wypierający po operacyi ocznej.

Kronika dentystyczna Nr 6. Zilz: Ubytki próchnicowe zębów, jako wrota, sprzyjające wtargnięciu do ustroju czynnika, wywołującego promienicę.

Zdrowie Nr 6. Brzeziński: O dyecie szpitalnej ze szczególnem uwzględnieniem dyety szpitala fabrycznego w Zawierciu.— L. Rutkowski: Stan fizyczny krótko- i długogłowej ludności z okolic Płońska. — Idzikowski: O działalności kulturalno-higienicznej lekarza szkół początkowych. — Koliński: 25-lecie Towarzystwa lekarskiego łódzkiego. — E. Sokal: Uzdrowotnienie miast małych. — Jaworski: Wpływ menstruacyi na sferę nerwowo-psychiczną kobiety.

Przegląd higieniczny Nr 6. Bier: W sprawie mola mącznego i jego tępienia w młynach.

Głos lekarzy Nr 12—13. Sękiewicz: O akuszerkach i służbie położniczej w gminach wiejskich — Mączka: W sprawie naszych zakładów zdrojowych. — Mikołajski: Wybory do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej.

Słowo lek. Nr 10—12. Czego domagają się lekarze od ustawodawstwa w Austryi. — Stosunek lekarzy do prywatnych zakładów ubezpieczeń od wypadków. — Rzadka uroczystość w świecie lekarskim. — Dwudziestolecie krakowskiego Tow. ratunkowego. — Ustawa o kasach chorych w praktyce. — O przymusie leczenia. — Z higieny robotników w Galicyi. — Nowy zamach na lekarzy praktycznych i wojskowych. — Wystawa balneologiczna.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 3—4. Cercha (dok.). — Inwestycye krynickie (dok.).

Nasze Zdroje Nr 5—7. Uwagi do pierwszego sezonu. — Kopf: Projekt nowej statystyki zdrojowisk i uzdrowisk. — Szumowski: Wody mineralne sztuczne a rodzime. — Nadolski: Rekonstrukcya głównego źródła mineralnego w Krynicy i jej wyniki. — Żychoń: Uwagi na dobie. — K. K.: W obronie naszych zdrojów. — N. Z. Krajowa kolej lokalna Muszyna—Krynica. — J. B.: Szczawnica w lekarskiem sprawozdaniu rocznem.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Myslivecek: **Lecznicze zastosowanie brom-fersanu przy nerwicach.** (Böhm. Aerzte-Ztg. 1910). W ambulatoryum psychiatrycznem stosował autor **brom-fersan** w licznych przypadkach nerwic czynnościowych. Prawie we wszystkich przypadkach nastąpiło polepszenie po 5—6 tygodniowem zażywaniu kołaczyków bromo-fersanowych. Nieskutecznym okazał się ten środek tylko w przypadkach ciężkiego dziedzicznego obciążenia, w których i inne środki lecznicze nie skutkowały. Szkodliwego działania ubocznego nie zauważono nigdy, a nawet chorzy z chronicznym katarem żołądka znosili środek ten dobrze. Zazwyczaj podawano dziennie dziewięć kołaczyków i to trzy razy dziennie po trzy kołaczyki przed jedzeniem — bo fersan działa pobudzająco na łaknienie. Chorzy zażywają kołaczyki **brom-fersanowe** chętnie dla ich dobrego smaku. Wysypki bromowej nie zauważono w żadnym przypadku.

Kudowa (Cudova). Urzędowa lista chorych wykazuje dalszy wzrost frekwencyi. Także turystów przybywa. Źródła znane od 350 lat z własności leczniczych. Szczególnie choroby serca i nerwów nadają się do leczenia w Kudowie, a to wskutek znacznej zawartości arsenu i żelaza (8 źródeł). Są to najsilniejsze źródła tego rodzaju w Niemczech Także choroby krwi i kobiece leczą się tu dobrze. Urządzenia nowoczesne: wodolecznicze, elektryczne, świetlne, mechaniczne. Röntgen, kanalizacya, wodociąg górski, komfort. F. W